வி. ஐ. பொத்யாசினா

பேறுகால மருத்துவம்

- ஒரு பாடப் புத்தகம்

В. И. Бодяжина

АКУШЕРСТВО

Издательство «Медицина» Москва

வி. ஐ. பொத்யாசினா

பேறுகால மருத்துவம் - ஒரு பாடப் புத்தகம்

மீர்பதிப்பகம்
மாஸ்கோ

நியூசெஞ்சுரி புக்ஹவுஸ் பிரைவேட் லிமிடெட்
சென்னை

மொழிபெயர்ப்பாளர்: டாக்டர் அ. கதிரேசன்
M.D., T.D.D., F.C.C.P (USA),
ஓய்வுபெற்ற மருத்துவக் கல்வி
இணை இயக்குநர்

V. I. Bodyazhina

TEXT BOOK OF OBSTETRICS

на языке тамили

சோவியத்து நாட்டில் அச்சிடப்பட்டது

ISBN 5-03-000445-9

© Издательство «Медицина», 1980
© English translation, Mir Publishers, 1983
© தமிழ் மொழிபெயர்ப்பு, மீர் பதிப்பகம் 1989

பொருளடக்கம்

முன்னுரை 7

அத்தியாயம் 1. பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களின் உடற்கூறு இயலும், உடலியங்கியலும். 9

அத்தியாயம் 2. பெண்ணின் கூபகம் 44

அத்தியாயம் 3. பொலிவடைதல், கருப்பையினுள் சிசுவின், சிசுப் படலங்களின் வளர்ச்சி 65

அத்தியாயம் 4. கர்ப்பத்தின் போதான உடயங்கியல் மாற்றங்கள் 90

அத்தியாயம் 5. கர்ப்ப நிர்ணயம். கர்ப்பப் பெண்ணின் பரிசோதனை 101

அத்தியாயம் 6. கர்ப்பத்தின் நலவழியும் உணவூட்டமும் . . . 131

அத்தியாயம் 7. தொற்றெதிர் நிலைதொற்றற்ற நிலை . . 139

அத்தியாயம் 8. பிரசவமும், குழந்தை பிறப்பும் 148

அத்தியாயம் 9. பிரசவ பராமரிப்பு 171

அத்தியாயம் 10. பிரசவத்தின் வலி நிவாரணம் 200

அத்தியாயம் 11. முறையான பிரசவ பின் காலம் . . . 209

அத்தியாயம் 12. கைமகவின் பராமரிப்பு 228

அத்தியாயம் 13. குண்டி உதயம் (பிட்டத் தோற்றம்) . . . 254

அத்தியாயம் 14. ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் 269

அத்தியாயம் 15. கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலை 279

அத்தியாயம் 16. கருப்பையுள் சிசு, சிசுப்படலங்கள், நச்சுக்கொடி ஆகியவற்றின் நோய்களும், அசாதாரண வளர்ச்சியும் . . . 295

அத்தியாயம் 17. மருத்துவ வியாதிகள் கொண்ட நோயாளிகளின் கர்ப்பமும், பிரசவமும் 313

அத்தியாயம் 18. கருச்சிதையும், குறைமாதப்பிரசவமும் . . 329

அத்தியாயம் 19. வேற்றிட கர்ப்பம் 342

அத்தியாயம் 20. கருப்பைக்கீழ்ப்பகுதியில் நச்சுக்கொடி. முறையாகப் பதிந்த நச்சுக்கொடியின், உரியகால முன்னான பிரிவு . . . 347

அத்தியாயம் 21. சிரமப்பிரசவமும், பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்களின் அசாதாரணங்களும் 359

அத்தியாயம் 22. குறுக்கான, சாய்வான உதயங்கள். கால்கள், கைகள், தொப்பூழ் தொடி ஆகியவற்றின் பிதுக்கங்கள் . . . 367

அத்தியாயம் 23. அசாதாரண பிரசவம் 376

அத்தியாயம் 24. குறுலான கூபகம் 390

அத்தியாயம் 25. பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போதும், பிரசவ பின்கால, துவக்க மணி நேரங்களிலும் குருதிப் பெருக்கு . 410

அத்தியாயம் 26. பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும் ஏற்படும் காயங்கள் 423

அத்தியாயம் 27. பிரசவ பின்கால நோய்கள் 438

அத்தியாயம் 28. மகப்பேற்றின் போதான அறுவை முறைகள் . 454

முன்னுரை

பெண்களின் கர்ப்பம், பிரசவம், குழந்தை பிறப்பு ஆகியவற்றின் போது நிகழும் உடலியங்கியல், நோய் குறியியல் பற்றி விளக்கும் அறிவியலையே பேறு கால இயல் என்கிறோம். கருவளர்ச்சி இயலும், குழந்தை வளர்ச்சியும், பேறு கால இயலுடன் நெருங்கி இணைந்துள்ளது.

சோவியத் நாட்டின் தாய்மை மருத்துவத்தின் அடிப்படையான தத்துவங்கள் என்னவெனில் முன்காப்பு முறைகள், சமீபகால விஞ்ஞான, தொழில் நுணுக்க வளர்ச்சிகள் (பேறு காலத் துறையில்) எளிதாகவும். உடனடியாகவும் மக்களுக்கு இலவசமாகக் கிடைக்க வேண்டுவதேயாகும்.

பேறு காலத் துறைக்கும், மருத்துவக் கலையின் மற்ற பிரிவுகளுக்கும் உள்ள ஒரு முக்கியமான சிறப்பான வேறுபாடு என்னவெனில், சிகிச்சையாளரையோ அல்லது அறுவையாளரைப் போல அல்லாமல், ஒருபேறுகால வல்லுநர் (அல்லது ஒரு மருத்துவச்சி), நோயாளிகளுக்கு மட்டும் மருத்துவ உதவி அளிப்பதோடல்லாமல், கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவம், சேய் பிறப்பு போன்ற உடலியங்கியல் நிகழ்வுகளின் போதும் பெண்களுக்கு உதவி புரிகின்றனர். மற்ற டாக்டர்கள் நோயாளிகளுக்கு மட்டுமே சிகிச்சை அளிக்கின்றனர். ஆனால் பேறுகால மருத்துவர், இரண்டு நபர்களின் உடல் நலத்திற்கு பொறுப்பாக உள்ளனர்: ஒன்று, தால் மற்றொன்று, வருங்காலச் சேய்.

பல லட்சக்கணக்கான பெண்களுக்கு பேறு கால உதவி கிடைக்கிறது. மற்ற எந்த மருத்துவ உதவியை விட, பேறு கால உதவி உடனடியாகவும், துரிதமாகவும் தேவைப்படுகிறது. கர்ப்பம், மற்றும் பிரசவம், குழந்தை பிறப்பு ஆகியவற்றின் போது ஏற்படும் சிக்கல்களை முன்காப்பாகத் தடுப்பது தான், பேறு கால உதவியின் அடிப்படையாகும். டாக்டர்களும், பேறு கால உதவியாளர்களும் கட்டுக்கோப்பான முறையில் பணிபுரிந்தால் தான் இது சாத்தியமாகும்.

மருத்துவக் கலையின் மிகத் தொன்மையான ஒன்று பேறு கால மருத்துவமாகும். அந்தக் கலை, இன்னும் வளர்ந்து கொண்டே இருக்கிறது. நமது காலத்திய அறிவியல் முன்னேற்றங்களுடனேயே, முன்காப்பு, மற்றும் நோய் நிர்ணயம், சிகிச்சை போன்றவைகளும் இடைவிடாது முன்னேற்றமடைந்து வருகின்றன.

பேறு கால இயல் பாடப் பத்தகங்களில், அறிவியல் அடிப்படையிலும்,செயல் பூர்வமான முறையிலும் நிருபிக்கப்பட்ட வழிமுறைகள்-கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவம், குழந்தை பிறப்பு ஆகியவற்றின் சகஜ நிலைகளிலும், சிக்கல்களின் போதும் அளிக்கப்பட வேண்டிய மருத்துவ முன்காப்பு முறைகள்-விவரிக்கப்பட்டுள்ளன.

இந்தப் புத்தகத்தின் 28 பிரிவுகளிலும் மருத்துவம் சார்ந்த உடற்கூறு இயல், உடல் இயங்கியல் ஆகியவற்றின் அடிப்படை விபரங்கள் விவரிக்கப்பட்டுள்ளன. இதில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்: பெண்ணின் பிறப்புறுப்பு, பெண் கூபகத்தின் அமைப்பு, மூட்டை பொலிவுருதல், சிசு வளர்ச்சி, கர்ப்பத்தின் போதான உடற் கூறு இயல், உடல் இயங்கியல் மாற்றங்கள், கர்ப்பத்தின்போதும் குழந்தை. பிறந் தவுடனுமான பரிசோதனை முறைகள், கர்ப்பத்தின் போது போஷாக்கும், சுகா தாரமும், தொற்று நீக்கு, தொற்று எதிர் வழி முறைகள். பிரசவத்தின் இயல் இயக் கம், அதன் பராமரிப்பு, முலைப் பாலூட்டுவதற்கான நெறி முறைகள், பிறந்த சிசுவின் பராமரிப்பு ஆகியவற்றுடன் பிரசவற்றின் காரணங்களும் விவரிக்கப்படு கின்றன. புத்தகத்தில் கீழ்க்கண்டவையும் விவரிக்கப்படுகின்றன:

நோய் குறியியல், அறுவை சார்ந்த பேறு கால இயலின் அடிப்படை நியதிகள், கர்ப்பத்தின் போது கருவக முதிர்ச்சி, கர்ப்பத்தின் போதும் பிரசவத்தின் போதான பெருக்கு, அசாதாரண சிரமமான பிரசவம், தவறான முகப்புத் தோற்றம், சிசு வின் அதன் படலங்களின் விகாரங்கள், குறுகிய கூபகம், பேறு காலக்காயங்கள், முதிராத நிலையில் கர்ப்பச்சிதைவு.

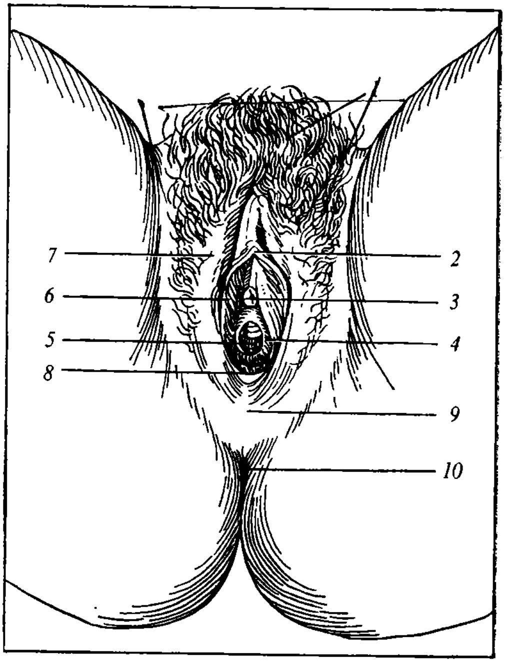
வருங்கால பேறு கால நிபுணர்களுக்கும், மருத்துவச்சிகளுக்கும், இந்தப் புத்தகம் உதவியாக இருக்கும். இவர்கள் தனியாகவோ அல்லது ஒரு டாக்டரின் கீழேயோ பணி செய்ய நேரிடும்.

அத்தியாயம் 1.

பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களின் உடற்கூறு இயலும், உடலியங்கியலும்

பெண்ணின் இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் அமைப்பையும், பணிகளையும் தெரிந்து கொள்வது தான், பேறுகால மற்றும் மகளிர் நோயாளிகளைப் பராமரிப்பதற்கான அறிவியல் அணுகு முறைக்கு முதன்மையான அடிப்படையாகும். ஆகவே பேறு கால இயலைத் தெரிந்து கொள்ள, பெண் பிறப்புறுப்புக்களின் உடற்கூறு, மற்றும் உடல் இயங்கியலைப் பற்றிய விபரங்களை துவக்கத்தில் எழுதுவது பொருத்தமாகும்.

பெண்ணின் இனப்பெருக்க உறுப்புக்களை, வெளிப்புற, உட்புற என இரண் பிரிவுகளாக விளக்குவது வழக்கமாகும். பெண்ணின் வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்கள், இனிமையான கிளர்த்தல்களுக்கான உறுப்புக்களாகும். ஆனால் உட்புற உறுப்புக்கள், இனப்பெருக்கத்திற்கென அமைந்தவையாகும்.



படம் 1. பெண்ணின் வெளிப்புற பிறப்புறுப்புகள்.

1. பூப்புத்திண்டு 2. கந்து 3. துளை 4. கன்னிச் சவ்வு 5. முகப்பு 6. சிற்றிதழ் 7. பேரிதழ் 8. பின்புறப் பள்ளம் 9. விடபம் 10. குதம்

வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்கள்

பூப்புத்திண்டு, பேரிதழ், சிற்றிதழ், கந்து, யோனியின் முகப்பு, பார்த்தோலினின் சுரப்பிகள் ஆகியவை அடங்கும். வெளி உறுப்புக்களை உள்ளுறுப்புக்களிலிருந்து பிரிப்பது கன்னிச் சவ்வாகும். (படம் 1)

பூப்புத்திண்டு (மான்ஸ் வெனிறிஸ்). பூப்பிணைப்பின் முன் பகுதியில் அமைந்

துள்ள முக்கோண வடிவ மெத்தை போன்ற கொழுப்புப் பொருளாகும். (ஒரு பெண் நிமிர்ந்து நின்று கொண்டு இருப்பதாகக் கற்பனை செய்து, முன்பு, பின்புற என்ற பதங்கள் பயன்படுத்தப் படுகின்றன.)

பூப்பின் மேற்புற எல்லை, சருமத் தின் குறுக்கு மடிப்பாகும். தொடை யிடை மடிப்புகள், பக்கங்களின் எல் லையாக அமைகின்றன. பிறப்பாக, பூப் புத்திண்டு பேரி தழுடன் தொடர்ந்து இருக்கிறது. பூப்புப் பகுதியில் ரோமங் கள் அடர்ந்து காணப்படுகின்றன. பெண்ணின் மரபுச் சின்னம், ஆணிலி ருந்து மாறுபடுகிறது. பெண்ணின் பூப்பு மேல் எல்லை கிடைமட்டமாக உள்ளது. ஆனால் ஆணினது பூப்பு செங் குத்தாக இருந்து சில போது தொப்பூழ் வரை செல்கிறது. குழந்தைகளில் பூப் புப்பகுதியில் ரோமமே இராது. முப் படைந்தவர்களில் பூப்பு ரோமம் மெல் லியதாக உள்ளது. சூலகங்கள், அட்ரி னல் புறணி ஆகியவற்றின் பணிகளைப் பொறுத்து, பூப்பு ரோமத்தின் வளர்ச்சி அமைகிறது. சில பெண்களில், ஆணி னது போன்ற பூப்பு காணப்படுகிறது; அல்லது அவர்களில் ரோமம் குறைவா கவே காணப்படுகிறது. பிறப்புறுப்புக் களின் குறை வளர்ச்சியும், குலகங்க ளின் குறைபணியும், இத்துடன் காணப் படுகிறது.

பேரிதழ் (லேபியாப்யூடெண்டா மேஜோரா). இவை, அல்குலின் வெளிப் புற எல்லைகளாக அமையும் சருமத் தின் நீளவாட்ட மடிப்புகளாகும். பேரி தழின் சருமத்தின் அடியில் உள்ள கொழுப்புத்திசுவில், இரத்த நாளங் கள், நரம்புகள், நார்திசுக்கள் ஆகி யவை பொதிந்து கிடக்கின்றன. பூப் பின் சருகத்தில், முன்புறமாக, பேரிதழ் முடிவுடைகிறது. பின்புறமாக அவை குறுகலடைந்து, மத்தியக் கோட்டில் சந்தித்து, பின்புற இணைப்பாக, அமை கிறது. பேரிதழின் தோலில் ரோமங் கள் காணப்படுகின்றன. அதில் வியர் வை, மற்றும் சீபசுரப்பிகள் இருக்கின் றன. பேரிதழின் உட்பரப்பை, சிலேட் டுமம் போன்று தோற்றமளிக்கும் மெல் லிய இளஞ்சிகப்பு சருமம், மூடியுள்ளது.

பேரிதழ்களின் இடையேயுள்ள பிளவு, ரைமாப்யூடெண்டை எனப்படு கிறது. (அல்லது பிறப்புறுப்புப் பிளவு).

பேரிதழின் திசுத்தொகுதிகளில் பார்த் தோலினின் சுரப்பிகள் காணப்படுகின் றன. அவை சிறிய (ஒரு மொச்சைக் கொட்டை அளவு) வட்டமான அல்வி யோல-குழல அமைப்புகளாக உள்ளன. அல்வியோலையில் உள்ள எபிதிலியம், பேரிதழின் பின்பரப்புகளில் காணப்ப டும் 1.5-2 செ.மீ. நீளமுள்ள நாளங் களில் சுரக்கிறது. சிற்றிதழுக்கும், கன் னிச் சவ்வுக்கும் இடையேயுள்ள பிள வில், அந்த நாளங்கள் திறக்கின்றன. பின் இணைப்புக்கு அருகே, பேரிதழின் அடித்தளத்தில் பார்த்தோலின் சுரப்பி களைத் தொட்டறியலாம்.

பார்த்தோலின் சுரப்பிகளின் சுரப்பு, கார பிரதிவினையுடனும், குறிப்பிட்ட மணத்துடனும் வெண்மையான திரவ மாக உள்ளது. காலுணர்வுக் கிளர்த் தலின் போது, வெளிப்படும் இத்திர வத்தின் பணிகளாவன: யோனியை ஈரப்பசையுள்ளதாக ஆக்குகிறது; இந் திரிய திரவத்தை மெல்லியதாக்குகி றது; இதனால் விந்தணுவின் இயக்கம் ஊக்குவிக்கப்படுகிறது.

குதத்திற்கும், பின்புற இணைப்பிற் கும் இடையேயுள்ள இடத்தை விடபம் என்கிறோம். (சரியாகக் குறிப்பிடுவதா னால், இதை முன்விடபம் அல்லது பேறு கால இடம் எனலாம். குதத்திற்கும் வால் முள்ளெலும்புக்கும் இடையே

யுள்ளதை பின்புற விடபம் எனவேண்டும்). இதில், வெளிப்பரப்பில் சருமத்தால் மூடப்பட்ட திசுத்தகடும், தசைகளும் காணப்படுகின்றன. விடபத்தின் இணைப்புக் கோடு எனப்படும், ஒரு 3 4 செ.மீ. நீளக்கோடு, சருமத்தின் மேல் காணப்படுகிறது. மேற்புறத் திசையில் செல்லும் போது விடபம் குறுகலடைந்து, மலக்குடலும். யோனியும் ஒன்றையொன்று நெருங்குகின்றன. ஆகவே, விடபத்தின் தசைகளும், திசுத்தகடும் சேர்ந்து ஒரு ஆப்பாக அமைந்து மேல் நோக்கி குறுகலடைகிறது.

சிற்றிதழ் (லேபியா புடண்டே மைனோரா) லேபியா என்றால் இதழ் அல்லது உதடு; புடண்டே என்றால் பிறப்புறுப்பு, மைனோரா என்றால் சிறிய. மொ-ர்.) பேரிதழை ஒட்டி நடு நோக்கிக் காணப்படும் ஒரு ஜோடி சரும மடிப்புகளாகும். பேரிதழை அகற்றி விரித்தால் தான், சிற்றிதழைக் காண முடியும். ஆனால் சில போது, அவை அளவில் பெரிதாக இருந்து, பேரிதழுக்கு வெளியே கூடத் தெரியும். பின்புறமாக ஒவ்வொரு இதழும் இரண்டு மடிப்புகளாக முடிவடைகின்றன: வெளிப்புறமானவை, கந்துவின் மேல் சென்று பெண்ணிற்கான முன்தோலாக அமைகிறது. (பிரிபுஷியம் கிளைடோரிடிஸ்); உட்புறமடிப்புகள், இணைந்து கந்துவின் இணைப்பாக அமைகிறது.

பின்புறமாக சிற்றிதழ் சிறிதாகி, பேரிதழின் திசுக்களுடன் (மத்திய 1/3ன்) இணைகிறது. எராளமான இரத்த நாளப்பிணையங்களும், நரம்பு நுனிகளும் சிற்றிதழில் பொதிந்து கிடப்பதால், இது, கூருணர்வு கொண்ட பாலுறுப்பாக இறுக்கிறது.

கந்து. இது ஒரு சிறிய கூம்பு வடிவ அமைப்பாகும். (ஆண்களுக்கு சுண்ணி இருப்பது போன்று). இதில் காணப்படும் குழிவு அங்கங்கள் இரண்டில், இரத்த ஓட்டம் நடைபெறுகிறது. இணைந்த, சிற்றிதழின் மடிப்புகளின் இடையே, ரைமாபுடெண்டின் முன் கோணத்தின் அருகே ஒரு சிறிய புடைப்பாக, கந்து, அமைந்திருக்கிறது. இதில் முன்தடிப்பு, குழிவு அங்கம், அடித்தளம் ஆகியவை காணப்படுகின்றன. இவை பூப்பு எலும்புகளுடனும், இஸ்கிய எலும்புகளுடனும் ஒட்டியுள்ளன. கந்தில் ஏராளமான இரத்த நாளங்களும், நரம்பு நுனிகளும் காணப்படுகின்றன. இது, பாலுணர்வுகளுக்கான, மையமாக அமைந்துள்ளது. கிளர்க்கப்பட்ட போது, இது அளவில் பெருத்து, விரைப்படைகிறது. தமனி இரத்தம் மிகையாக உட்செல்வதாலும், சிரை இரத்தம் வெளியேறுவது தடை படுவதாலும், இது நிகழ்கிறது.

முகப்பு. இது பிறப்புறுப்புப் பிளவிற்கான இடமாகும். இதன் வரையறை எல்லைகளாவன: முன்புறமாக கந்து, பின்புறமாக பின்புற இணைப்பு, பக்கத்தில் சிற்றிதழ். முகப்பின் மேற்புற எல்லை கன்னிச் சவ்வாகும். (அல்லது அதன் எஞ்சிய பகுதிகள்). சிறுநீர் தடயமும், பார்த்தோலின் சுரப்பிகளின் நாளங்களும் முகப்பினுள் திறக்கின்றன. ஏராளமான சிறிய கொத்து போன்ற சுரப்பிகளும், பள்ளங்களும் அடுக்கு செதிள் எபிதீலியத்தால் போர்த்தப்பட்டது முகப்பில் காணப்படுகின்றன. இது அர்த்த சந்திர அல்லது நீள் சதுர வடிவத்தில் இருக்கிறது. பெண்களில், சிறுநீர் புறவழியின் நீளம் 3-4 செ.மீ. அதன் உட்துவாரம் மாறுபடுகிறது, 1 செ. மீக்கும் மேலாக அது விரிவடைய முடியும். இது நேராக, சிறிது மேல் நோக்கி வளைந்து காணப்படுகிறது; யோனியின் முன்புறச் சுவரின் நீளம் பூராவுமாக, இது ஒட்டியுள்ளது.

யோனிச் சுவரின் இந்தப் பகுதி, ஒரு விளிம்பு வடிவில் புடைத்து உள்ளது.

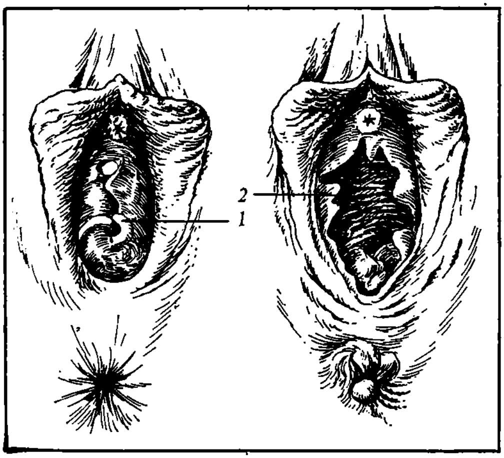
சிலேட்டுமப்படலத்தில் போர்த்தப் பட்டுள்ள சிறுநீர் புறவழியின் உட்பரப்பில் நீளவாட்ட மடிப்புகள் காணப்படுகின்றன. சிறுநீர் புறவழியின் சிலேட்டுமம் பூராவுமே, தூண் வகை எபிதீலியத்தால் போர்த்தப்பட்டுள்ளது. அதன் கீழ்ப்பகுதியில் மட்டும் அடுக்கு செதிள் வகை எபிதீலியம் காணப்படுகிறது. சுரப்பிகளும், சிறு குழாய்களும் சிறுநீர் தாரையின் சிலேட்டுமத்தில் திறக்கின்றன. தசை அடுக்கில், நீளவாட்ட, வட்ட வடிவ, மென்மையான தசை இழைகள் காணப்படுகின்றன.

(சிறுநீர் பை மட்டத்தில்), சிறுநீர் புறவழியின் உட்பகுதியில் உள்ள வட்ட வடிவத்தசைகள், ஒரு வளையம் போன்ற பட்டையை (சுருக்கு தசை) உண்டாக்குகின்றன. இது, சிறுநீர் வெளிப்படும் போது மட்டும், திறக்கிறது. சிறுநீர் புறவழியின் வெளிப்பகுதியில், மற்றுமொரு சுருக்கு தசை காணப்படுகிறது. இது, சிறுநீர் பிறப்புறுப்பு உதரவியான (தொடையிடை வளைவின் தசை-திசுத் தட்டு அடுக்கு)த்தின் வரிகொண்ட தசைகளால் ஆனது. சிறுநீர் புறவழியின் இரு பக்கங்களிலும் 1-2 செ.மீ. நீளமான கிளை கொண்ட நாளங்களின் (ஸ்கினீயின் நாளங்கள்) துவாரங்கள் காணப்படுகின்றன. அவற்றின் வெளிப் புறத்துவாரம், சிறுநீர் புறவழியின் சிலேட்டுமப்படலத்தில் திறக்கின்றது. சிறுநீர் புறவழியைச் சுற்றியுள்ள சுரப்பிகளின் திரவங்களால், சிறுநீர் புறவழியின் துவாரம், ஈரக்கசிவுடன் காணப்படுகிறது.

கன்னிச் சவ்வு. இது, யோனித்துவாரத்தை மூடிக் கொண்டிருக்கும் ஒரு படல அமைப்பாகும். கன்னிச் சவ்வின் இருபக்கங்களிலும் அடுக்கு செதிள் எபிதீலியங்கள் காணப்படுகின்றன. அதன் இணைப்புத் திசுவில், தசை நார்கள், நெகிழ்வு இழைகள், இரத்த நாளங்கள், நரம்புகள் காணப்படுகின்றன. கன்னிப்பருவ நிலையில், கன்னிச் சவ்வின் துவாரம் அளவிலும், அமைப்பிலும் மாறுபடுகிறது. அதைப் பொறுத்து, துவாரம் வட்டமாகவோ, பிறைச் சந்திர வடிவமாகவோ, கூர்மையான விளிம்புகள் கொண்டோ, பெய்குழல் போன்றோ, பிரிதிரை கொண்டோ இருக்கலாம். சில போது கன்னிச் சவ்வில் இரண்டோ அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட துளைகளோ (சல்லடை போன்று) இருக்கலாம். அபூர்வமான கேசுகளில், கன்னிச் சவ்வு, முழுமையாக யோனி துவாரத்தை மூடிக் கொண்டிருக்கிறது. (துளைபடாத கன்னி சவ்வு). கன்னிச் சவ்வில் துளையில்லாமல் இருந்தால், அது பிறவியிலிருந்தே இருக்கக்கூடும் அல்லது இரண்டாந்தரக் காரணங்களால் (குழந்தைப் பருவே அல்குல் அழற்சி) இருக்கலாம்.

முதல் தடவையாகப் புணரும் போது, இரத்தப் பெருக்குடன் கன்னிச் சவ்வு கிழிந்துபடுகிறது. அதன் எஞ்சியவை, கழலை கொண்ட நார்களாக மாறலாம். (படம் 2) குழந்தை பிறப்புக்குப் பின்னர், தசைத் திரளை போன்ற, கன்னிச் சவ்வின், எஞ்சிய துண்டங்கள் காணப்படுகின்றன. பாலுறவு வாழ்க்கையின் போதும் குழந்தை பிறப்பின் போதும் கன்னிச் சவ்வின் வடிவத்தின் ஏற்படும் மாற்றங்கள், சட்டம் சார்ந்த மருத்துவப் பரிசோதனைகளின் போது மிகவும் முக்கியமாகும்.

அபூர்வமான கேசுகளில், கன்னிச் சவ்வு மிகையாக நெகிழ்வுத் தன்மை கொண்டிருப்பதால், புணர்ச்சியின் போது கூட, அது கிழிபடாமல் இருக்கலாம். மிகமிக அபூர்வமான கேசுக



படம் 2. பாலுறவு வாழ்க்கையிலும், குழந்தைப் பிறப்பாலும் கன்னிச் சவ்வில் ஏற்படும் மாற்றங்கள் 1. கன்னிச் சவ்வு நார்கள் 2. தசைத் திரளைக் கொண்டவை

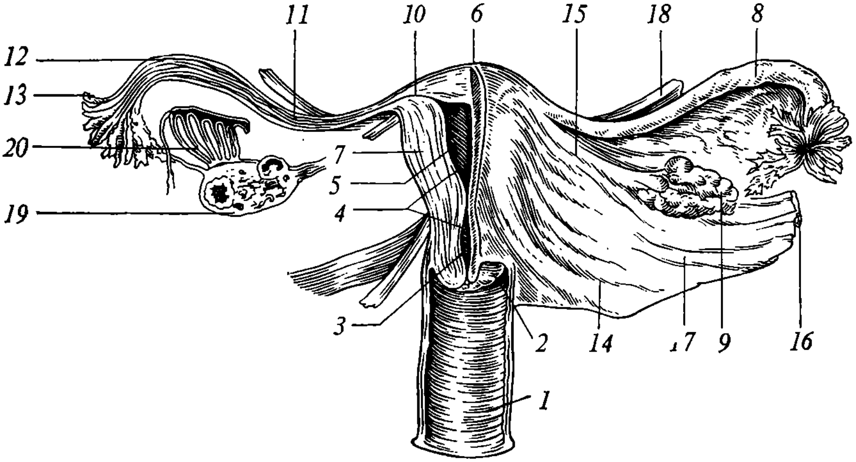
ளில், குழந்தை பிறந்த பின் கூட கன்னிச் சவ்வு கிழிபடாமல் இருக்கிறது.

உட்புற பிறப்புறுப்புக்கள்

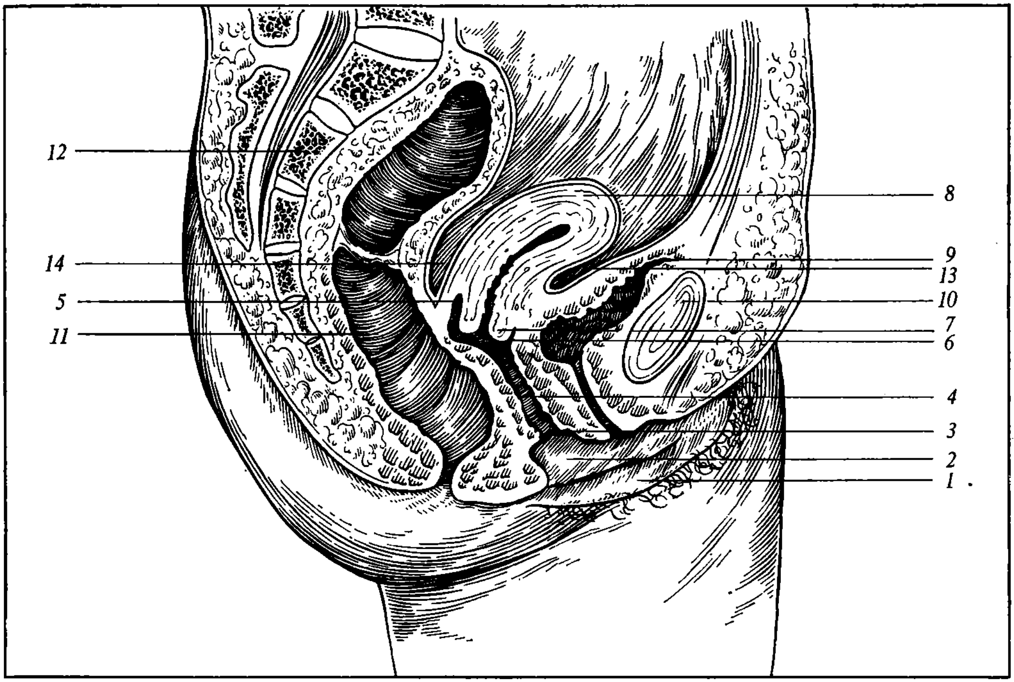
இவையாவன: யோனி, கர்ப்பப்பை (பருப்பை) கருவகக் குழல்கள், கருவங்கள். (படம் 3, 4)

யோனி (யோனி எஸ். கால்போஸ்) கூபகத்தின் மத்திய சிறிய பகுதியில் அமைந்துள்ள ஒரு திசை-படலக்கால் வாயாகும். இது பின்னோக்கியும் மேல் நோக்கியும் இருக்கிறது. இது, கன்னிச் சவ்வில் துவங்கி, கர்ப்பப்பையின் கழுத்தில் முடிகிறது.

யோனியின் நீளமும் பெரிதும் வேறுபடுகிறது. முன்புறச் சுவரின் சராசரியான நீளம் 7-8 செ.மீ. ஆகும். பின்புறச் சுவரின் நீளம் 1.5-2செ.மீ. ஆகும்.



படம் 3. உட்புற பிறப்புறுப்புக்கள் முன் தோற்றம்
1. யோனி 2. கர்பப்பையின் கழுத்து 3. கழுத்துட் கால்வாய் 4. இடுக்கு 5. கர்பப்பையின் குழுவு 6. கர்ப்பப்பையின் அடித்தளம் 7. கர்ப்பப்பைச் சுவர் 8. கருவகக் குழாய்கள் 9. சூலகம் 10. குழாயின் திசுவிடைப் பகுதி 11. குழாயின் இடுக்குப் பகுதி 12. அரைவட்டக் குல்லியம் 13. கருவக இழைகள் 14. கர்ப்பப்பை திரிக பந்தம் 15. கருவகத்தின் சிறப்புப் பந்தகம் 16. பெய்குழல் கூபக பந்தகம் 17. அகன்ற பந்தகம் 18. உருண்டை பந்தகம் 19. கார்பஸ்ல்யூடியமும், குமிழ்பையும் கொண்ட கருவகம் 20. துணைக் கருவகம்.



படம் 4. கூபக உறுப்புக்கள் (குறுக்கி வெட்டுத் தோற்றம்)
1. பேரிதழ் 2. சிற்றிதழ் 3. யோனியின் முகப்பு 4. யோனி 5. பின்புற வளைவு 6. முன்புற வளைவு 7. கர்ப்பப்பை கழுத்து 8. காப்பப்பையின் உடல் 9. சிறுநீர் பை 10. பூப்பிணைப்பு 11. மலக்குடல் 12. திரிகம் 13. கர்ப்பப்பை சிறுநீர்பை இடைப் பள்ளம் 14. டக்ளஸின் பள்ளம்

யோனியின் அகலம் அதன் விரிதிறனைப் பொறுத்து உள்ளது. சராசரியாக 2-3 செ.மீ. இருக்கும். மேற்பகுதியை விட கீழ்ப்பகுதிய குறுகலாக இருக்கிறது. யோனியின் முன்புறச் சுவரும், பின்புறச் சுவரும் நசுங்குவதால், யோனி "H" வடிவத்தை அடைகிறது. கர்ப்பப்பையைச் சுற்றியுள்ள யோனியின் மேற்பகுதி ஒரு கூரையாக உள்ளது. கர்ப்பப்பை கழுத்தின் யோனிப் பகுதி, இதனுள்ளே துருத்துகிறது. யோனியின் இந்தப் பகுதியை, கர்ப்பப்பைக் கழுத்து பின்வருமாறு பிரிக்கிறது: முன் வளைவு, பின் வளைவு, இரண்டு வெளிப்புற வளைவுகள். முன்புற வளைவை விட பின்புற வளைவு ஆழமாக உள்ளது. புணர்ச்சியின் போது வெளிப்பட்ட இந்திரியம் இங்கு, தேங்கிக் கிடக்க வசதியாக உள்ளது. இங்கிருந்து இந்திரியம் (வந்தணுகிரவம்) கருப்பையின் வெளித் துவாரத்திற்குச் சென்று கர்ப்பபையினுட் செல்கிறது. யோனியின் முன்புறச் சுவர், சிறுநீர் பையின் அடித்தளத்தின் மேற்பகுதியுடனும், சிறுநீர் புறவழியின் கீழ்ப் பகுதியுடனும் தொடர்பு கொண்டுள்ளது. யோனியின் மேற்பகுதி, சிறுநீர்

குழாய்களுடன் முன்புறமாக, தொடர்பு கொண்டுள்ளது. (குழாய்கள், சிறுநீர் பையில் நுழையும் இடத்தில்).

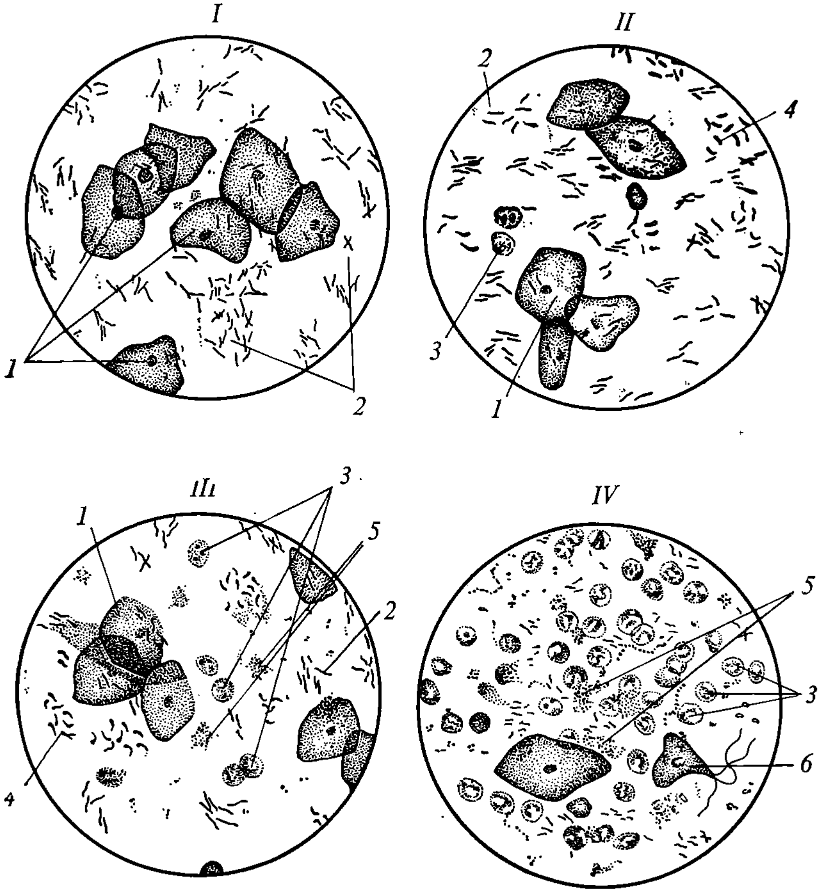
யோனியின் பின்புறச் சுவரும், மலக் குடலும் ஒன்றோடொன்று நெருங்கி உள்ளன. கீழ்ப்பகுதியில் மட்டும், விட பத்திசுக்களால் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது. பக்கங்களில், யோனி, கூபகத்திலிருந்து தசைக் கற்றைகளாலும், இணைப்புத் திசுவாலும் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது. யோனிச் சுவரில் மூன்று அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன. சிலேட்டுமம், தசை உறை, சுற்றியுள்ள இணைப்புத் திசு, இணைப்புத் திசுவில் இரத்த, நிணநாளங்களும், நரம்புகளும் காணப்படுகின்றன.

இணைப்புத் திசுவின் அடியில் காணப் படும் தசை உறையில் இரண்டு மடிப் புகள் காணப்படுகின்றன. வெளி அடுக் கில் நீளவாட்ட தசை இழைகளும், உட் புற அடுக்கில் வட்ட தசைகளும் காணப் படுகின்றன. வெளி அடுக்கைவிட உள் அடுக்கு பலம் வாய்ந்ததாக உள்ளது. அதில் ஏராளமான நெகிழ்வு இழைக ளும் காணப்படுகின்றன. தசை மடிப் புடன், யோனியின் சிலேட்டுமமும் இணைந் துள்ளது. அது இளஞ்சிவப்பு நிறமாக இருக்கிறது. முன்புற, பின்புறச் சுவர் களில், சிலேட்டுமம், இரண்டு நீள வாட்ட முகடுகளை உண்டாக்குகின் றன. அதிலிருந்து, ஏராளமான குறுக்கு வாட்ட முகடுகள் காணப்படுகின்றன. (கால்ம்னேருகாரம்) பிரசவத்தின் போது, யோனி பெருமளவில் விரிவ டைய, குறுக்கு முகடுகள் உதவுகின்றன. குழந்தை பிறந்த பின்னர், குறிப்பாக பல மகவை ஈன்ற பெண்களில்-முகடு கள், படிப்படியாக சமநிலையடைகின் றன. யோனியின் சிலேட்டுமம் மென் மையடைகிறது. குறுக்கு முகடுகள், குறிப்பாக கன்னிகளின் யோனியில், முனைப்பாக உள்ளன. மூப்படைந்த பெண்களில், இனப்பெருக்க உறுப்புக் கள் தேய்வடைவதால்; குழந்தை பெறாத பெண்களில் கூட முகடுகள் மென்மையடைகின்றன. யோனியின் சிலேட்டுமம், செதின் அடுக்கு எபிதீலி யத்திால் மூடப்பட்டுள்ளது. இங்கு கிளைகோஜன் சேமிப்படைந்து இருக் கிறது. சூலங்களால் சுரக்கப்பட்ட, குமிழ்பை ஹார்மோன்களால், கிளை கோஜன் உற்பத்தி செய்யப்படுகிறது.

யோனியின் சிலேட்டுமத்தில் சுரப்பி கள் கிடையாது. இரத்தத்திலிருந்தும், நிணநீரிலிருந்தும் யோனி சுரப்பின் திர வப்பகுதி கிடைக்கிறது. யோனி எபிதீ லியத்தின் நிராகரிக்கப்பட்ட செல்கள் மற்றும் நுண்கிருமிகள், வெள்ளணுக் கள் ஆகியவற்றுடன் கலந்து கிரவம் காணப்படுகிறது. யோனியின் சகஜ மான வெளிச்சுரப்பு, வெண்மையாக, ஒரு குறிப்பிட்ட வாசனையுடன் காணப் படுகிறது. அதன் அளவு மிகவும் குறை வாகவே இருக்கிறது. (ஆனால் சிலேட் டுமத்தை ஈரப்பசையாக்கப் போதுமா னது). சுகாதாரமான பெண்களில், இத னால், எந்தவித இடையிலும் இல்லை. அதில் லாக்டிக் அமிலம் இருப்பதால், வயது வந்த பெண்ணின் யோனிச் சுரப்பு அமில நிலையில் உள்ளது. சுகா தாரமான பெண்ணின் யோனிச் சுரப்பு அமில நிலையில் உள்ளது. சுகாதார மான பெண்களின் யோனியில் காணப் படும் நுண்கிருமிகளின் (டோடர்லீனின் வளர்சிதை மாற்றத்தால், எபிதீலியல் செல்களின் கிளை கோஜனிலிருந்து லாக்டிக் அமிலம் உண்டாகிறது.

யோனியில் காணப்படும் கிருமிகளுக் கோ அல்லது யோனியின் சிலேட்டுமத் துக்கோ, லாக்டிக் அமிலம் தீங்குவிளை விப்பதில்லை. ஆனால் சுற்றுப்புறத்தி லிருந்து யோனியின் உள்நுழையும்

நோயூக்கும் நுண்கிருமிகளை, லாக்டிக் அமிலம், அழித்து விடுகிறது. ஆகவே, ஆரோக்கியமான பெண்ணின் யோனி, "தானாகவே சுத்தமடைகிறது." மூப் படைந்த பெண்களிலும், மகளிர் மற் றும் தீராத நோய் கொண்ட பெண்களி



படம். 5. யோனி சுரப்பின் சுத்தத் தன்மையின் நிலைகள்

முதல் நிலை: 1. எபிதீலிய செல்கள் 2. யோனிக் கிருமிகள் இரண்டும் காணப் படுகின்றன.

2வது நிலை: 1. எபிதீலிய செல்கள் 2. யோனிக் கிருமிகள் 3. தனியான வெள்ள ணுக்கள் 4. காமா கிருமிகள் காணப்படுகின்றன.

3வது நிலை: 2. யோனிக் கிருமிகள் அபூர்வமாகக் காணப்படுகின்றன. 3. வெள்ளணுக்கள் 4. காமா கிருமிகள் 5. காக்கஸ் கிருமிகள் ஏராளமாகக் காணப் படுகின்றன.

4வது நிலை: யோனிக் கிருமிகள் இல்லை. 3. வெள்ளணுக்கள் 5. காக்கஸ் கிரு மிகள் ஏராளமாக உள்ளன. 6. யோனியின் டிரைகோ மானாக்கள் காணப்படுகின் றன.

லும் சூலகப்பணி தடைபடுகிறது. உற்பத்தியாகும் லாக்டிக் அமிலத்தின் அளவைக் குறைக்க, சிலேட்டுமத்தில் உள்ள கிளைகோஜனின் அளவு குறைகிறது. யோனியின் வெளிச்சுரப்பு காரநிலை அடைகிறது. இதனால் யோனியினுட் செல்லும் நோயூக்கும் பேக்டீரியாக்கள் வளர்ச்சியடைய வாய்ப்புண்டாகிறது: சகஜமான நுண்கிருமிகள் அகற்றப்படுகின்றன.

யோனியின் சகஜமான நுண்ணுயிர்களின் தன்மை மாறுபடுகிறது. இதன் விளைவாக, யோனியின் சுத்தத் தன்மை நான்கு நிலைகளாகப் பிரிக்கப்படுகிறது (படம் 5).

1) யோனிச் சுரப்பில் யோனிக் கிருமிகளும், எபிதீலியச் செல்களும் காணப்படுகின்றன. அமிலநிலை பிரதிவினை.

2) யோனிக் கிருமிகளின் எண்ணிக்கை குறைகிறது. தனிமையான வெள்ளணுக்களும், ஆக்ஸிஜன் தேவைப்படாத பாக்டீரியாக்களும் (காமா கிருமிகள்), பல்வேறு எபிதீலியல் செல்களும் யோனி வெளிச் சுரப்பில் காணப்படுகின்றன. அமிலப் பிரதிவினை காணப்படுகிறது.

முன்கூறிய இரண்டு நிலைகளும் ஆரோக்கியமான பெண்களில் காணப்படுகின்றன.

3) யோனிக் கிருமிகள் எண்ணிக்கையில் குறைவாக உள்ளன. மற்ற பாக்டீரியாக்கள் (குறிப்பாக காக்கசுக்கள்) மிகையாக உள்ளன. யோனி வெளிச் சுரப்பு காரநிலையில் இருக்கிறது. வெள்ளணுக்களின் எண்ணிக்கையும் மிகையாவே உள்ளன.

4) யோனிக் கிருமிகள்இல்லை. நோயூக்கும் கிருமிகளும் (காக்கசுக்கள், காமா கிருமிகள், டிரைகோமோனாஸ் முதலியன), வெள்ளணுக்களும் ஏராளமாக உள்ளன. காரப் பிரதிவினை காணப்படுகிறது.

மேற்கூறிய 3வது, 4வது நிலைகள் நோயூக்கும் நிகழ்வுகளுடன் இணைந்துள்ளன.

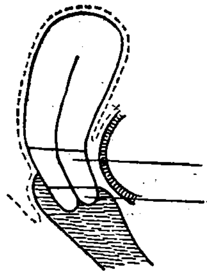
கர்ப்பப்பை. இது, மெல்லிய தசை கொண்டு, பேரிக்காய் வடிவத்தில் குழிவு கொண்ட உறுப்பாக விளங்குகிறது. முன்பிருந்து பின்பாக ஓரளவு தட்டையாக இருக்கிறது.

கர்ப்பப்பை, கீழ்க்கண்ட பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்படுகிறது: 1) உடல் 2) இடுக்குப்பகுதி 3) கழுத்து (படம் 3).

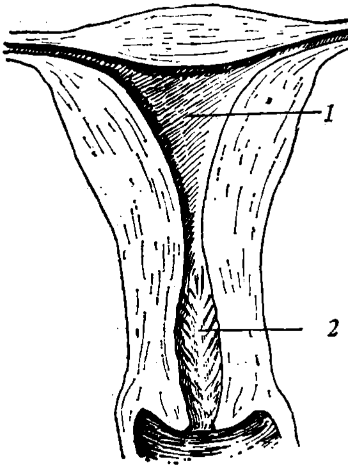
மேற்புரமான பெரிய பகுதியே கர்ப்பப்பையின் உடலாகும் (கார்பஸ்யூடரை). கருவகக் குழல்கள் பொதிந்துள்ள உடலின் மேற்பகுதியிலுள்ள குவிமாட அமைப்பையே அடித்தளம் என்கிறோம். (உண்மையில் இது தான் கருப்பையின் கூரையாக, உச்சியாக இருக்கிறது. மொ-ர்).

கழுத்துக்கும், கர்ப்பப்பையின் உடலுக்கும் இடையேயுள்ள 1செ.மீ. நீளமுள்ள பகுதி இடுக்குப் பகுதி எனப்படுகிறது. இதை ஊடுருவி ஒரு குழல் செல்லுகிறது. இதன் மேற்பகுதி, கர்ப்பப்பையின் குழிவினுள் திறக்கிறது. கீழ்ப்பகுதி கழுத்துட்கால் வாயினுள் திறக்கிறது. இடுக்குப் பகுதியின் சிலேட்டுமம், கர்ப்பப்பையின் உடலைப் போன்று இருக்கிறது. இதன் சுவரின் அமைப்பு, கர்ப்பபையின் கழுத்தைப் போன்று உள்ளது. இடுக்குப்பகுதியும், உடலின் கீழ்ப்பகுதியும் சேர்ந்து, கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்தின் போதும் கர்ப்பப்பையின் கீழ் துண்டமாக அமைகிறது. இந்தத் துண்டத்தின் பமல் எல்லை, கர்ப்பப்பையின் முன்புறச் சுவருடன் இணைந்த பெரிடோனியமாகும். அதன் கீழ் எல்லை, கழுத்தின், செல்லியல் சார்ந்த உட்துவாரமாகும்.

கழுத்து யோனியின் மேற்பகுதியில் துருத்திக் கொண்டிருக்கும், கர்ப்பப்பையின் குறுகிய கீழ்ப்பகுதியை கழுத்து என்கிறோம். கழுத்தில் இரண்டு பகுதிகள் காணப்படுகின்றன: யோனியின் வளைவினுள் துருத்திக் கொண்டிருக்கும் யோனி உள்பகுதி (போர்டியோ இன்ப்ராவஜைனாலிஸ்). மற்றொன்று, யோனி, கழுத்துடன் சேரும் இடத்திலுள்ள யோனி மேற்பகுதி (போர்டியோ சுப்ராவஜேனாலிஸ்) (படம் 6).



படம் 6. கர்ப்பப்பையின் கழுத்து 1. யோனிப்பகுதி 2. யோனி மேற்பகுதி



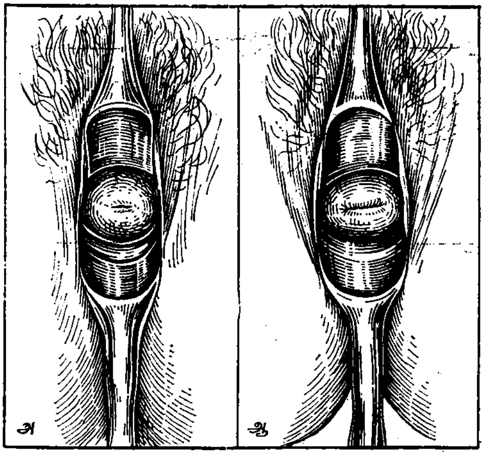
படம் 7. கர்ப்பப்பையின் நீளவாட்டத் தோற்றம் 1. கர்ப்பப்பையின் குழிவு 2. கழுத்து உட்கால்வாய்

கர்ப்பப்பையின் கழுத்து, ஒரு நீட்டமான உருளையின் அமைப்புடன் இருக்கிறது. அல்லது வெளிப்புறத் துளையின் பக்கமாக ஓரளவு குறுகளாக இருக்கிறது.

கழுத்தின் குழிவு, சிலேட்டுமத்தால் போர்த்தப்பட்ட ஒரு குறுகிய கால்வாயாக (உட்கழுத்துக் கால்வாய்) இருக்கிறது. இந்தக் கால்வாய் இருமுனைக் கூம்பு போன்று, இரண்டு நுனிகளிலும் குறுகியுள்ளது (படம் 7). கழுத்துக் கால்வாயின் மேற்பகுதி (கழுத்தின் உட்துவாரம்) இடுக்குப் பகுதியினுள் திறக்கிறது. அதே போது, கழுத்துக் கால்வாயின் வெளித்துவாரம், கழுந்தின் யோனிப் பகுதியின் மத்திய பகுதியில் திறக்கிறது. குழந்தை பெறாத பெண்ணில் வெளித்துவாரம், சிறிய முட்டை வடிவமாக அல்லது வட்டமாக இருகிறது. (படம் 8 அ) அதே போது, குழந்தை பிறப்புக்குப் பின்னர், அது ஒரு குறுக்குப்பிளவாகக் காணப்படுகிறது (படம் 8 ஆ) வெளித்துவாரத்தின் தோற்றத்தில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், பிரசவத்தின் போது ஏற்படும் கிழிசலால் உண்டாகின்றன.

கர்ப்பப்பையின் முழு நீளம் 8செ.மீ.யாகும். நீளத்தில் 2/3 பகுதி உடலாகவும் 1/3 பகுதி கழுத்தாகவும் இருக்கிறது. கர்ப்பப்பையின் அடியில் அதன் அகலம் 4.5-5செ.மீ.யாகும். சுவர்கள் 1-2செ.மீ. பருமனாக இருக்கின்றன. ஒரு சுகாதாரமாக பெண்ணின் (கர்ப்ப நிலையின் போதல்ல) கர்ப்பப்பையின் எடை 50-100 கிராமாகும்.

கர்ப்பப்பையின் குழிவு, -கழுத்து உச்சியிலும், அடித்தளம் கீழாகவும்— தலைகீழாக இருக்கும் முக்கோணம் போன்று



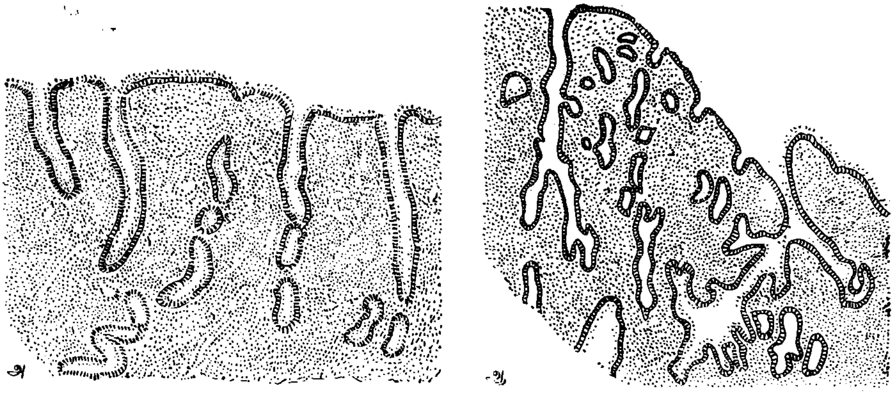
படம் 8. கழுத்தின் வெளித்துவாரம்
அ. குழந்தை பெறாத பெண்ணின் கர்ப்பப்பைக் கழுத்து
ஆ. பல மகவை ஈன்ற பெண்ணின் கர்ப்பப்பைக் கழுத்து

இருக்கிறது. கீழ்க்காணம், கழுத்துக் கால்வாயின் உட்துவாரத்திற்கு சமமாக இருக்கிறது; மேலாக உள்ள இரண்டு கோணங்களும், கருவகக் குழாய்களின் கர்ப்பப்பை இணைப்புடன் சமமாக இருக்கிறது. (படம் 7) கர்ப்பப்பையின் சுவர்களில் மூன்று அடுக்குகள் காணப் படுகின்றன:— அ) சிலேட்டுமம் ஆ) தசை உறை (மையோமெட்ரியம்) இ) பெரிடோனியல் உறை (பெரிமெட்ரியம்).

எண்டோமெட்ரியம் எனப்படும் **கர்ப்பப்பையின் சிலேட்டுமம்** சிலியா கொண்ட தூண் வகை எபிதீலியத்தின் ஒரு மடிப்பு, கொண்டுள்ளது. இந்த மயிரிழை போன்ற சிலியாக்கள் அதிர்ந்த கிரவங்களை, கழுத்துக் கால்வாயின் வெளித் துவாரத்தின் பக்கமாகத் தள்ளுகின்றன. எபிதீலியத்திற்கு அடியில் காணப்படும் இணைப்புத் திசுவில் இரத்த நாளங்களும், நரம்புகளும், பல சுரப்பிகளும் காணப்படுகின்றன.

கர்ப்பப்பை உடலின் சுரப்பிகளின் நீர் சுரப்பு, சிலேட்டுமத்தை ஈரப்பசையாக்குகிறது. (தூண் வகை எபிதீலியம்.) சுரப்பிகள், குழலிகளாக இருக்கின்றன. சில போது கவட்டை போன்று இருக்கின்றன. (படம் 9 அ)

கழுத்தின் சுரப்பிகளில் தூண் வகை எபிதீலியமும் காணப்படுகிறது. அவை, மான் கொம்புகள் போன்று தோற்றமளிக்கின்றன (படம் 9 ஆ). விதன்

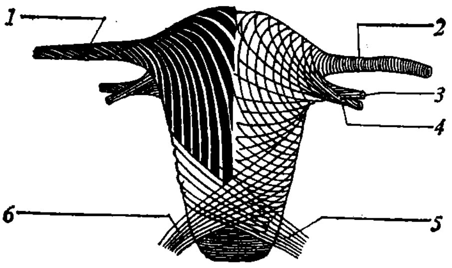


படம் 9. கர்ப்பப்பையின் உடல் மற்றும் கழுத்தின் சிலேட்டுமச் சுரப்பிகள் அ. கர்ப்பப்பை உடல் சிலேட்டுமத்தில் சுரப்பிகள் ஆ. கழுத்து சிலேட்டுமத்தில் சுரப்பிகள்

பருமனான தெளிந்த சளிச்சுரப்பு, கழுத்துட்கால்வாயை நிரப்பி, அதை ஒரு விடைப்பான் போன்று மூடுகிறது. கர்ப்பப்பையின் சிலேட்டுமம் மெல்லி யதாக இருக்கிறது. அதே போது கழுத் துக்கால்வாயின் சிலேட்டுமத்தில் முகடு கள் காணப்படுகின்றன. விது, பனைமர இலை போன்று இருக்கிறது. (பிளைகே—பாமேட்டே).

கர்ப்பப்பையின் சிலேட்டுமம் (எண் டோமெட்ரியம்) இரண்டு அடுக்குகளால் ஆனது. குறிப்பிட்ட வரையரை எதுவு மின்றி, ஒன்றிலிருந்து, மற்றொன்று பிரிக்கப்பட்டுள்ளது. மாதவிடாயைத் தொடர்ந்து, கர்ப்பப்பையின் மேலார்ந் விடுக்கு, லயத்துடன் மாற்றமடைகி றது. அதனால் தான் விது ''பணிசார்ந் தது'' எனப்படுகிறது. தசை உறையை ஒட்டியுள்ள கீழ் அடுக்கு, எந்த வித மாற்றமும் அடைவதில்லை.. அதனால் அது, விடித்தளம் எனப்படுகிறது.

கர்ப்பப்பையின் தசை உறை தான் (மையோமெட்ரியம்) மிகவும் பருமனா னது. மெல்லிய தசை இழைகள் பின் னிய ஒரு முட்டையாக இருக்கிறது. இத னிடையே, இணைப்புத் திசு காணப்படு கிறது. தசை உறையில் ஏராளமான இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன. அதில் மூன்று அடுக்குகள் காணப்படுகின் றன: 1) இழைகள் நீளவாட்டத்தில் அமைந்த வெளி அடுக்கு. (பெரிடோ னியத்தின் உள்ளாக) 2) வட்டமான, குறுக்குமறுக்குமான இழைகள் கொண்ட மத்திய அடுக்கு 3) நீளவாட்ட இழைகள் கொண்ட உள்ளடுக்கு (சிலேட்டும அடி) (படம் 10) கர்ப்பப்பையின் உடலில் வட்டத் தசைகள் நன்கு உருவாகியிருப் பது போன்று. கழுத்தில் நீளவாட்டத் தசைகள் நன்கு உருவாயியுள்ளன. கர்ப்பப்பையின் வெளிப்புறத் தசை கள், கருவகக் குழல்கள் மற்றும் பந்த



படம் 10. கர்ப்பப்பையின் தசை அடுக் குகள்

1. குழல் தசைகளின் வெளி அடுக்கு
2. குழல் தசைகளின் உள்ளடுக்கு
3. உருண்டைப் பந்தகம்
4. கருவகத்தின் சரியான பந்தகம் 5, 6. கர்பப்பை திரிகப் பந்தங்கள்

கங்கள் ஆகியவற்றின் தசை இழைக ளுடன் தொடர்ந்தே இருக்கின்றன. கர்ப்பப்பைக் கழுத்திலும், இடுக்கிடை யிலும் தசை உறை மெல்லியதாக உள் ளது. ஆனால் கர்ப்பப்பை உடலில் உள் ளதைவிட, இணைப்புத்திசு பருமனாக இருக்கிறது. கர்ப்பப்பை கழுத்தில், ஏராளமாக நெகிழ்வு இழைகள் காணப் படுகின்றன.

பெரிடோனிய வெளி கர்ப்பபையின் உறை பெரிமெட்சியம் எனப்படுகிறது. முன்புறவயிற்றுச் சுவரிலிருந்து, பெரி டோனியம் சிறுநீர்பைக்கும், கர்ப் பப்பை மற்றும் குழல்கள் முன்புறப் பரப்பிற்கும், செல்கிறது. பெரிடோனி யத்தால் மூடப்பட்ட, ஒரு குழிவு, சிறு நீர்பைக்கும் கர்ப்பப்பைக்குமிடையே உண்டாகிறது. (எக்ஸ்கவேஷியோ வெசைகோ யூடெரெய்னா) (எக்ஸ்க வேஷியா என்றால் பள்ளம், வெசை கோ என்றால் பள்ளம், வெசைகோ என்றால் சிறுநீர்பை. யூடெரெய்னா என்றால் கர்பப்பை—மொ—ர்.) இடுக்குக்கு மேலாக, கர்ப்பப்பையின்

முன்பரப்பு பெரிடோனியத்தால் மட்டும் மூடப்பட்டுள்ளது. (கீழ்ப்பகுதிகளில், கழுத்துக்கும் சிறுநீர்பைக்கும் மத்தியில், தளர்ந்த இணைப்புத் திசு காணப்படுகிறது) கர்ப்பப்பையின் அடித்தளத்திலிருந்து பெரிடோனியம் கீழிறங்கி, பின்பரப்பு வழியாக, யோனியின் பின்புற முகப்பையும், கழுத்தின் யோனிக்கு மேலான பகுதியையும், போர்த்துகிறது. (கழுத்து என்ற வார்த்தை அடிக்கடி பயன்படுத்தப்படுகிறது. கழுத்து என்பது கர்ப்பப்பையின் கழுத்தைக் குறிக்கிறது என்பதை வாசகர்கள் நினைவில் கொள்ள வேண்டும். மொ—ர்). அங்கிருந்து மலக் குடலின் முன்புற பகுதிக்குச் செல்கிறது. கர்ப்பப்பையின் பின்புறப் பகுதிக்கும், மலக்குடலுக்குமிடையே, பெரிடோனியத்தின் ஆழமான மடிப்பால் ஆன பை இருக்கிறது. இதை டக்ளசின் பை என்கிறோம். (மொட்டைச் சந்து) (எக்ஸ்கவேஷியோ ரெக்டோ—யூடெரினா).

பூப்பிணைப்புக்கும், திரிகத்திற்கும் சரியான மத்தியில் உண்மைக் கூபகத்தின் மத்தியில், கர்ப்பப்பை அமைந்துள்ளது. கூபகச் சுவர்களுக்குமிடையேயாகவும் இருக்கிறது. கூபகத்தின் அகன்ற பகுதியில் அதன் உடல் அமைந்துள்ளது. கழுத்தின் யோனிப் பகுதியும், வெளிப்புறத் துவாரமும், இஸ்கிய புடைப்பு மட்டத்தில் உள்ளது. கர்ப்பப்பை முன்னோக்கி வளைந்துள்ளது (ஆஸ்டிவெர்ஷியோயூடரை); அதன் அடிப்பகுதி பூப்பிணைப்பை நோக்கி இருக்கிறது; கழுத்து பின்னோக்கி இருக்கிறது; கழுத்துட்கால்வாயின் புறத்துவாரம், யோனியின் பின்புற வளைவைச் சார்ந்து உள்ளது. கர்ப்பப்பையின் உடலும், கழுத்தும் சேர்ந்து ஒரு கூர்மை பற்ற கோணத்தை உண்டாக்கி, முன்புறமாகத் திறக்கிறது. (ஆண்டிபிளக்ஷியோயூடரை—முன்னோக்கி வளைந்த கர்ப்பப்பை). உடலியங்கியல் சார்ந்து, கர்ப்பப்பை, தனது நிலையை மாற்றிக் கொள்ளலாம். சிறுநீர்பை நிரம்பியிருந்தால், கர்ப்பப்பை, பின்னோக்கி தள்ளப்படுகிறது. மலக்குடல் நிறைந்திருந்தால், கர்ப்பப்பை முன்னோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. கர்ப்பமான கர்ப்பப்பை, மேல் நோக்கிச் செல்கிறது. இந்த மாற்றங்களுக்கான காரணங்கள் மறைந்த பின், கர்ப்பப்பை, தனது சகஜ நிலையை—உண்மைக் கூபகத்தின் மத்தியில்—அடைகிறது.

குழந்தைப் பிறப்பு எனும் பணியை, கர்ப்பப்பை ஆற்றுகிறது. பெண்ணின் வாழ்வின் இனப்பெருக்கப் பகுதி முழுவதிலும், எண்டோமெட்ரியத்தில் மாறி மாறி சிக்கலான மாற்றங்கள் நிகழ்கின்றன. இதன் மூலம், கர்ப்பமடைய, கர்ப்பப்பை தயாராகிறது. திசுவின் புகலிடமாக, கர்ப்பப்பை அமைகிறது. பொலிவடைந்த முட்டை, அதில் பொதிந்து விடுகிறது. சிசுவுக்கு போஷாக்கும் கிடைக்கிறது. சிசு பிறப்பதற்குத் தயாரானவுடன், கர்ப்பப்பை சிசுவை வெளித் தள்ளுகிறது. (குழந்தை பிறப்பு)

கருவகக் குழல்கள் (ட்யூபேயூடைரேனே சால்பிங்ஸ்). கருவகக் குழல்களை, முட்டை நாளங்கள் எனவும் அழைக்கலாம். கர்ப்பப்பையின் மேற்கோணங்களில், கருவகக் குழல்கள் தோன்றி, அகன்ற பந்தகத்தின் மேல் விளிம்பு வழியாக, கூபகத்தின் பக்கச் சுவர்களின் பக்கமாக சென்று, பெய் குழல் வடிவத்தில் முடிவடைகிறது. (படம் 3) குழல்கள் 10—12 செ.மீ நீளமிருக்கின்றன. அவட்டின் உட்துவாரம் மாறுபடுகிறது. கர்ப்பப்பையின் கோணத்தின் அருகே குறுகியும், பின்னர் அகன்றும் இருக்கிறது. கர்ப்பப்பை

யின் குழிவினுள், கருவகக் குழல், திறக்கிறது, இங்கு, அதன் விட்டம் 0.5—1 மி.மீ.ஆக உள்ளது. ஆனால், பெய்குழல் பகுதியில் அது, 6—8 மி.மீ ஆக விரிவடைகிறது. பெய்குழல் பகுதி, பெரிடோனியக் குழிவினுள் திறக்கிறது. (வறிற்றறை துவாரம்) பெய்குழலின் நுனி, மயிரிழைத் தோற்றம் கொண்டுள்ளது. ஃபீம்ப்ரியே எனப்படும் மயிரிழை உறுப்புக்கள், வெடித்த குமிழ் பையிலிருந்து, வெளி வந்த முட்டையை, குழலின் துவாரத்தினுள் கடத்துகிறது.

குழல்களில் கீழ்க்கண்ட துணைப்பிரிவுகள் காணப்படுகின்றன: 1) கார்ப்பப்பை பகுதி. இது கர்ப்பப்பையின் தசைச் சுவரினுட் செல்லுகிறது. 2) இடுக்கிப் பகுதி. இது தான் குழலின் நடுப்பகுதி 3) அரைவட்டக் குல்லியம். பெய்குழலில் முடிவடையும் குழலின் அகன்ற பகுதி. (படம் 3)

குழலின் சுவர்களில் 3 அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன:—சிலேட்டும் உறை, தசை உறை, பெரிடோனிய உறை.

குழலின் உட்பரப்பில், நீளவாட்ட மடிப்புகளை, சிலேட்டும உறை, உண்டாக்குகிறது. அரைவட்டக் குல்லியத்தின் அருகில் மடிப்புகளின் எண்ணிக்கையும் அளவும் அதிகரிக்கிறது. சிலேட்டுமப் போர்வையில் ஒரு வரிசை தூண் வடிவ சிலியா கொண்ட எபிதீலியம் காணப்படுகிறது. இவற்றின் சிலியா, கர்ப்பப்பையின் பக்கம் நோக்கி நகருகிறது.

குழலின் தசை உறையில், மெல்லிய தசைகளின் மூன்று மடிப்புகள் காணப்படுகின்றன. வெளி அடுக்கில் நீளவாட்ட இழைகளும், மத்தியில் வட்ட இழைகளும், உள்ளடுக்கில் நீளவாட்ட இழைகளும் (சிலேட்டும அடி) காணப்படுகின்றன.

குழலின் பெரிடோனிய உறை, அகன்ற பந்தகத்தின் மேற்பகுதியாக அமைந்துள்ளது. குழலின் பக்கங்களையும் மேற்பகுதியையும், பெரிடோனியம் போர்த்துகிறது. அதன் கீழ்பகுதி, இரத்த நாளங்களும், நரம்புகளும் நிறைந்துள்ள இணைப்புத்திசுவை, ஒட்டி உள்ளது.

குழந்தைப் பருவத்தில், குழல்கள் குறுகலாகவும், நெழிந்தும் உள்ளன. ஆனால் வயதடைந்தவுடன் அவை நேராகவும், அகலமாகவும் ஆகின்றன. சிலபோது, பருவமடையும் வரை குழல்கள் குறுகலாகவும், நெழிந்தும் உள்ளன. (குழந்தைப் பருவக் கழல்கள்) இந்த நிலை, பொலிவடைந்த முட்டை, கர்ப்பப்பைக்குள் செல்வதைத் தடை செய்கிறது. கருவகக் குழல் கர்ப்பத்திற்கு மற்றிட கர்ப்பம்), இது, ஒரு காரணமாக அமைகிறது. பொதுவாக அரைவட்டக் குல்லியத்தில் முட்டை பொலிவடைகிறது. (விந்தணுவுடன் இணைகிறது) அதன் அடுத்த போக்கு, கருவகக் குழலின் தசைச் சுருக்க இயக்கத்தைப் பொறுத்து உள்ளது. நீளவாட்ட தசைகள் சுருங்கும் போது, குழல் சிறிதாகிறது. நீளவாட்டத் தசைகளும், வட்டத் தசைகளும் மாறி மாறி சுருங்கி விரியும் போது தசைக் சுருக்க இயக்கம் நடைபெற்று, முட்டை, கர்ப்பப்பைக்குக் கடத்தப்படுகிறது. எபிதீலியசிலியாவின் அதிர்வு அசைவுகள், முட்டையை உரிய இடத்திற்குக் கடத்துவதில் இரண்டாந்தரப் பங்கு தான் வகிக்கிறது. சிலேட்டும உறையில் நீளவாட்ட மடிப்புகள் இருப்பதால், முட்டை கடத்தப்படுவது, எளிதாகிறது. ஒரு தண்டவாளத்தின் மீது செல்வது போன்று, முட்றை நகருகிறது.

குழல்களின் சுருங்குவிரிதன்மை மாதவிடாய் வட்டத்தின் நிலையைப் பொ

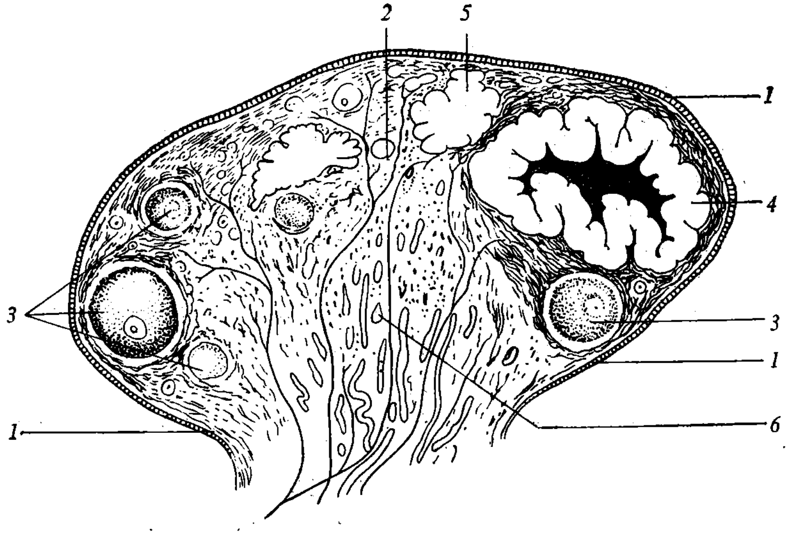
ருத்துள்ளது. (ஏ.என். ஒஸ்யாகினா—ரொஸ்டெஸ்ட்வென்ஸ்காயா) சூலகத்தில், குமிழ் குவியம் முதிர்ச்சியடையும் போது, குழலின் விறைப்புத் தன்மை அதிகரிக்கிறது. கார்பஸ் லீயூடியத்தின் வளர்ச்சியின்போது, குழல்களின் விறைப்புத் தன்மையும், கிளர்த்தலும் குறைகிறது. தசை சுருக்கலய இயக்கம் சீராக நடைபெறுகிறது. முட்டை கடத்துப்படுவது ஊக்குவிக்கப்படுகிறது.

கருவகங்கள் (சூலகங்கள்). இது ஒரு ஜோடியான பெண்ணின் சுரப்பியாகும். ஒரு சூலகத்தின் நீளம் 3.5—4 செ.மீ; அகலம் 2—2.5 செ.மீ; பருமன் 1—1.5 செ.மீ; தட்டையான முட்டை வடிவ சூலகத்தின் எடை 6-8 கிராம். மூப்படைந்தவர்களில் சூலகங்கள் பருமனாகவும், அளவில் சிறுத்தும், வடுத்திசுக்களுடனும் காணப்படுகின்றன.

அகலப் பந்தகக்தின் பின்புறப்பகுதியுடன், சூலகத்தின் ஒரு முனை இணைக்கப்பட்டுள்ளது; மற்றொரு நுனி, பெரிடோனியத்தால் மூடப்படாமல், கூபகக் குழிவினுள் தொங்கிக் கொண்டிருக்கிறது. சூலகத்தை, கீழ்க்கண்டவை தாங்குகின்றன: 1) அகன்ற கர்ப்பப்பைப் பந்தகம் 2) சூலகத்தின் சரியான பந்தகம் 3) பெய்குழல்—கூபக பந்தகம். அகன்ற பந்தகத்தின் பின்புற நுனியில் பொதிந்துள்ள இடத்தில், சூலக இரத்த நாளங்களும், நரம்புகளும் உட்செல்லுகின்றன. (சூலகங்களின் ஹைலம்)

சூலகத்தில், எபிதீலியத்தால் போர்த்தப்பட்ட, பரத அடுக்கான 1) புறணியும் 2) அகணி எனப்படும் உட்பகுதியும் காணப்படுகிறது. (படம் 11)

கர்ப்பப்பை உள் வளர்ச்சியின்போது குழந்தைய பருவத்திலும் சூலக எபிதீலியம், முதிரா குமிழ்பைகளை உருவாக்குவதில் பங்கு கொள்கிறது. வயது ஆக்க ஆக, அது, செயலிழந்து விடுகிறது.



படம் 11. சூலகத்தின் குறுக்குவெட்டுத் தோற்றம்
1. தூண்போன்ற எபிதிலியம்
2. புறணி 3. வளர்ச்சியின் பல்வேறு நிலைகளில் காணப்படும் சூலக குமிழ்பைகள்
4. கார்பஸ்லீயூடியம் 5. தேய்ந்த கார்பஸ்லியூடியம் 6. அகணி

எபிதீலியத்தின் அடியில் புரத அடுக்கு இருக்கிறது. இதில் காணப்படும் இணைப்புத் திசுவின் இழைகள், சூலகப்பரப்பிற்கு, இணைவரையாக உள்ளது.

சூலகத்தின் புறணி, புரத அடுக்கை ஒட்டி உள்ளது. ஏராளமான முதிரா குமிழ்பைகளும், வளர்ச்சியின் பல்வேறு கட்டங்களில் உள்ள குமிழ்பைகளும் கார்போரால்லூடியமும், அதன் எஞ்சிவைகளும், புறணியின் இணைப்புத் திசுவில் காணப்படுகின்றன. (கார்போரால்லூடியம் என்பது, குமிழ்பைகள் உடைபட்டவுடன் சூலகத்தில் காணப்படும் மஞ்சள் அல்லது ஆரஞ்சு நிறமான ஒரு பொருளாகும். இவை சுரக்கும் ஹார்மோனான புரோஜெஸ்டிரான், பொலிவடைந்த முட்டை, கர்ப்பப்பையில் பதிய வழிவகுக்கிறது. மொ—ர்) அகணியல் காணப்படும் இணைப்பத்திசு வழியாக இரத்த நாளங்களும் நரம்புகளும் செல்கின்றன.

சூலகங்கள், மிக முக்கியமான பணிகளை ஆற்றுகின்றன. பெண்ணின் இனப்பெருக்க வாழ்வு பூராவும்—போதிய இடைவெளிகளில்—முட்டைகள் முதிர்ச்சியடைய வழிவகுக்கின்றன. இனப்பெருக்க மண்டலத்தையும், பெண்ணின் உடல் முழுவதையும் தூண்டும் பாலின ஹார்மோன்களை, கருவகங்கள் (சூலகங்கள்) உற்பத்தி செய்கின்றங்ன. பெண் உடலின் சிறப்பு அம்சங்களுக்கு, சூலக ஹார்மோன்கள் தான், காரணமாக உள்ளன. அவையாவன: பெண்ணுடலின் சிறப்பான வடிவரு வம், வளர்சிதைமாற்றம், முலைகளின் வளர்ச்சி, ரோமம் முதலியன பாலின் முதிர்ச்சியின்போது, சூலக ஹார்மோன்கள், பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களை வளர்ச்சியடைய ஊக்குவிக்கின்றன. (குழல்கள், கர்ப்பப்பை, யோனி, புறப்புறுப்புக்கள்) இனப்பெருக்க காலங்களில், இந்த ஹார்மோன்கள், வட்ட நிகழ்வுகளில் பங்கு கொண்டு, பெண்ணுடலை, கர்ப்பத்திற்கு தயார் செய்கிறது.

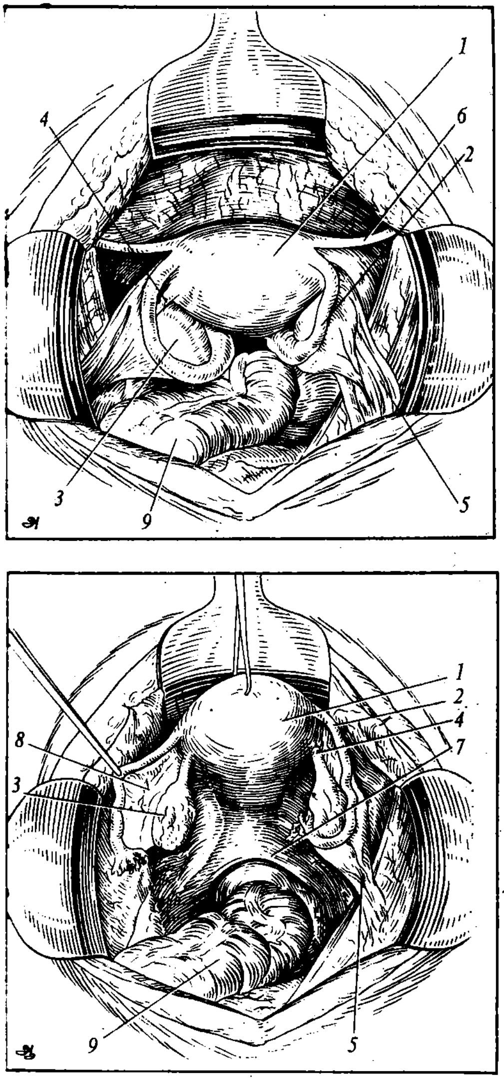
பந்தகங்கள்

கர்ப்பப்பை, குழல்கள், சூலகங்கள் ஆகியவை கூபகக் குழிவில் சரியான நிலையில் இருப்பது, கூபகத்தளத்தின் தசைகளையும், பந்தகங்களையும் பொறுத்து இருக்கிறது. அவற்றைத் தாங்கிக் கொண்டும், நகர முடியாமல் செய்தும், தூக்கிப் பிடித்தும் உதவுகின்றன.

உட்புற பிறப்புறுக்களின் தாங்கிகளாக அமைவன வருமாறு:

1. **உருண்டைப் பந்தகங்கள்.** மெல்லிய தசைகளாலும், இணைப்புத் திசுவாலும் ஆன இவை, 10—12 செ. மீ நீள கயிறுகளாக அமைகின்றன. கர்ப்பப்பையின் கோணங்களிலிருந்து, உருண்டைப் பந்தகங்கள். தோன்றுகின்றன. (கருவகக் குழல்கள் பொதிந்துள்ள இடத்திற்கு கீழாகவும், சற்று முன்புறமாகவும்) இவை ஒவ்வொன்றும், அகன்ற பந்தகத்தின் முன் விளிம்பிலிருந்து, தொடையிடைக் கால்வாய்க்கு செல்கிறது. அதன் வழியாகச் சென்று பேரிதழ் மற்றும் பூப்பிணைப்பு ஆகியவற்றின் இணைப்புத் திசுவில் முடிவடைகிறது. உருண்டைப் பந்தகம், கர்ப்பப்பையின் அடித்தளத்தை முன்னோக்கி இழுக்கிறது. (முன்வளைவு) கர்ப்பத்தின்போது, உருண்டைப் பந்தகங்கள் பருமனடைந்து, நீளமாகின்றன. (படம் 12 அ)

2. **அகன்ற பந்தகங்கள்.** இவை, பெரிடோனியத்தின் இரண்டு மடிப்புகளாகும். இவை கர்ப்பப்பையின் பக்கங்களிலிருந்து கூபகத்தின் பக்கச்சுவர்களுக்குச் செல்கின்றன. அகன்ற பந்த



படம் 12. பந்தகங்கள்
அ. மேற்புறத் தோற்றம்
ஆ. கீழ்ப்புறத் தோற்றம்
1. கர்ப்பப்பை 2. கருவகக் குழல்
3. சூலகம் 4. சூலகத்தின் சரியான பந்தகம் 5. பெய்குழல் கூபகப் பந்தகம் 6. உருண்டைப் பந்தகம் 7. கர்ப்பப்பை திரிக பந்தகம் 8. அகன்ற பந்தகம் 9. மலக்குடல்

கத்தின் மேற்பகுதியில் கருவகக் குழல்கள் காணப்படுகின்றன. பின்புறப் பகுதியில் சூலகம் தொங்கிக் கொண்டிருக்கிறது. இரண்டு மடிப்புகளுக்குமிடையே இணைப்புத் திசுவில் இரத்த நாளங்களும், நரம்புகளும் செல்கின்றன. (படம் 12 ஆ)

3. கர்ப்பப்பபை திரிக பந்தங்கள். இடுக்கி, கர்ப்பப்பை கழுத்தாக மாறும் இடத்தில் உள்ள கர்ப்பப்பையின் பின் பரப்பிலிருந்து இந்தப் பந்தகங்கள் தோன்றுகின்றன. பின்புறமாகச் சென்று, மலக்குடலை இருபக்கங்களிலிருந்தும் அணைக்கிறது. திரிகத்தின் முன் புறத்துடன் ஒட்டியுள்ளது. (படம் 12 ஆ) இந்தப் பந்தகங்கள், கழுத்து, பின்புறமாக இருக்க உதவுகின்றன. பிரசவத்தின் போது, உருண்டை மற்றும் கர்ப்பப்பை—திரிக பந்தகங்கள், கர்ப்பப்பை, இடம் பிசகாமல் இருக்க உதவுகின்றன.

4. சூலகங்களின் சரியான பந்தகங்கள். கருவகக் குழல்கள் பொதிந்துள்ள இடத்திற்கு கீழாகவும், பின்புறமாகவும் கர்ப்பப்பையின் அடியில் துவங்குகின்றன. அங்கிருந்து, சூலகங்கள் வரை எட்டுகின்றன. (படம் 12 அ, ஆ).

கர்ப்பப்பையின் அசையவிடாத அமைப்பில் மெல்லிய தசைகள் சேர்ந்த இணைப்புத் திசு காணப்படுகிறது. அவை, கர்ப்பப்பையின் கீழ்ப் பகுதியிலிருந்து கீழ்க்கண்டவாறு செல்கின்றன. —அ) முன்புறமாக சிறுநீர்பைக்கும், பூப்பிணைப்பிற்கும் ஆ) கூபகத்தின் பக்கச் சுவர்களுக்கு. (முக்கியமான பந்தகம்) இ) கர்ப்பப்பை—திரிக பந்தகங்களின் இணைப்புத் திசு அமைப்பை உருவாக்க பின்புறமாக செல்லுகிறது.

ஆதாரப்பகுதியில் தசைகளும், கூபகத்தளத்தின் திசுத்தகடுகளும் காணப்படுகின்றன. (வரும் பக்கங்களில் காண்க).

உட்புற பிறப்புறுப்புக்களை சகஜமான நிலையில் பேண, கூபகத்தின் அடித்தளம் மிகவும் முக்கியமானது. வயிற்று உள் அழுத்தம் அதிகரிக்கும் போது, எடைகளைத் தூக்கும் போது, இருமலின் போது கூபக அடித்தளம் கர்ப்பப்பை கழுத்துக்கு ஒரு நிரந்தரமான ஆதாரம் அளிப்பதால், உள்ளுறுப்புக்கள் கீழ் நோக்கிச் சரிவது தடை செய்யப்படுகிறது.

உண்மைக் கூபகத்தின் இணைப்புத்திசு

பெரிடோனியத்திற்கு அடியில் உள்ள கூபகத்தின் இணைப்புத்திசு, உட்புற பிறப்புறுக்களுடன் பல இடங்களில் தொடர்பு கொள்கிறது. கூபகத்தின் திசுத் தகட்டின் மேல், பெரிடோனியத்தால் மூடப்படாத கூபக உறுப்புக்களின் இடைவெளியில் இணைப்புத்திசு பக காணப்படுகிறது. பொதுவாக, கூபகத்தில் உள்ள இணைப்புத் திசு தளர்ந்து உள்ளது. ஆனால் சில பகுதிகளில், கடினமான நார்த்திசுவாக உள்ளது. அவை, குறிப்பாக, உட்புற பிறப்புறுப்புக்களை அசையாமலிருக்கச் செய்கின்றன.

கூபக இணைப்புத்திசுக்கள் பின்வருமாறு பிரிக்கப்படுகின்றன.

பாராமெட்ரியம். அகன்ற பந்தகங்களின் முடிப்புகளின் இடையேயுள்ள வெளியில், தளர்ந்த இணைப்புத்திசு காணப்படுகிறது. இவை கர்ப்பப்பையின் பக்கச்சுவர்களில் இருந்து கூபகச் சுவர்களுக்குச் செல்கின்றன.

சிறுநீர்பை துணைத்திசு, சிறுநீர்பையைச் சுற்றியுள்ள இடத்தில் காணப்படுகிறது. சிறுநீர்பைக்கு முன்புறமாகவும், பின்புறமாகவும் காணப்படுகிறது.

யோனி துணைத்திசு, யோனியைச் சுற்றிக் காணப்படுகிறது. முக்கியமாக, யோனியின் பக்கச்சுவர்களுக்கும், கூபகச்சுவர்களுக்கும் இடையில் காணப்படுகிறது.

மலக்குடல் துணைத்திசு. இந்த இணைப்புத்திசு மலக்குடலைச் சுற்றிக் காணப்படுகிறது.

பல்வேறு இணைப்புத் திசுக்களுக்கிடையே திட்டவட்டமான எல்லை வரையறை கிடையாது. பல்வேறு பொருட்களின் மூலமாக, அவை ஒன்றோடு ஒன்று இணைந்துள்ளன.

கூபகத்தின் இணைப்புத்திசு, சகஜமான உடலின் பணிகளுக்கு மிகவும் இன்றியமையாதது. உடல் இயக்கங்களுக்கு, தளர்ந்த இணைப்புத்திசு உதவுகிறது. மலக்குடல் மற்றும் சிறுநீர்பை உட்புற பிறப்புறுக்கள் ஆகியவை போதிய அளவில் பணியாற்ற முடிகிறது. தங்கள் கொள்ளளவுகளை மாற்ற முடிகிறது. (சிறுநீர்பை, மலக்குடல் ஆகியவை நிரம்பவும், காலியாகவும்; கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவத்தை தொடர்ந்து, கர்ப்பப்பையின் அளவில் ஏற்படும் மாற்றங்கள்). உறுதியான இணைப்புத் திசு, உள்ளுறுப்புக்களை அசையவிடாமல் செய்து, அவற்றைத் தாங்கிக் கொள்கின்றது. கர்ப்பப்பையும், மற்ற பிறப்புறுப்புக்களும் உரிய இடத்தில் நிலையாக உள்ளன. சிறுநீர் குழல்கள், இரத்தம், நிணநாளங்கள், நிணக்கணுக்கள், நரம்புத் தண்டுகள், பிணையங்கள் ஆகியவற்றிற்கு, கூபகத்தின் இணைப்புத்திசு ஆதாரமாக இருக்கிறது.

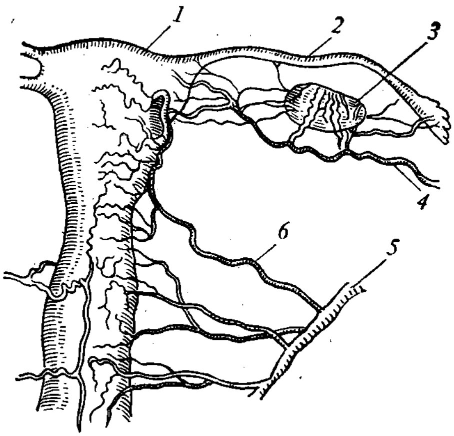
இரத்த நாளங்கள்.

வெளிப்புற பிறப்புறுப்புகளுக்கு புடண்டல் தமனி வழியாக இரத்த வினியோகம் கிடைக்கிறது. உட்புற இலியாக தமனியிலிருந்து துவங்கும் புடண்டல் தமனி, கீழ் நோக்கிச் சென்று, கூபகத்தை விட்டு வெளியேறி, தனது

பெரிய கிளைகளை, புறபிறப்புறுப்பு மற்றும் விடபம், யோனி, மலக்குடல் ஆகியவற்றிற்கு, அனுப்புகிறது.

விந்து நாளபுறதமனி, தொடையிடை கால்வாயிலிருந்து தோன்றி உருண்டைப் பந்தகத்துடன் சென்று, பேரிதழுக்கும், பூப்புக்கும் இரத்த வினியோகம் செய்கிறது.

கர்ப்பப்பை மற்றும் சூலக தமனிகள், பிரதானமாக, உட்புற பிறப்புக்களுக்கு இரத்த வினியோகம் செய்கின்றன. (படம் 13)



படம் 13. இனப்பெருக்க உறுப்புக்களுக்கு இரத்த வினியோகம்.
1. கர்ப்பப்பை 2. கருவகக் குழல் 3. சூலகம் 4. சூலக தமனி 5. ஹைப்போகேஸ்டிரிக் தமனி 6. கர்ப்பப்பை தமனி

கர்ப்பப்பை தமனி, ஹைப்போகேஸ்டிரிக் தமனியிலிருந்து வரும், ஒரு ஜோடி நாளமாகும். அகன்ற பந்தகத்தின் அடித்தளத்திலுள்ள, கர்ப்பப்பையைச் சுற்றிய இணைப்புத்திசுவிலிருந்து, கர்ப்பப்பைக்குச் செல்கிறது. இது, சிறுநீர் குழுவின் மேற்புறமாகச் சென்று, உட்புறத் துவார மட்டத்தில் கர்ப்பப்பையின் பக்கச் சுவரை அடைகிறது. இங்கிருந்து, கர்ப்பப்பை தமனியில் பல கிளைகளாகப் பிரிந்து, கருப்பைக் கழுத்துக்கும், யோனியின் மேற்பகுதிக்கும் ஒரு பெரிய கிளையை அனுப்புகிறது.

கர்ப்பப்பை தமனியின் பெரிய கிளை, கர்ப்பப்பையின் பக்கச் சுவருக்குச் சென்று, கர்ப்பப்பையின் சுவருக்கு பல கிளைகளை அனுப்புகிறது. கர்ப்பப்பையின் அறித்தளத்தை அடைந்து, கருவகக் குழலுக்கு ஒரு கிளையை அனுப்புகிறது. அகன்ற பந்தகத்தின் மேற்பகுதியிலுள்ள சூலக தமனியின் கிளைகளுடன், கர்ப்பப்பை தமனியின் இறுதி கிளைகள், நாளப்பின்னலை அமைக்கின்றன.

கர்ப்பப்பை தமனியின் பிரதான மேலேறும் கிளையிலிருந்து துவங்கும் தமனிக் கிளைகள் நுண்ணிய இரத்த நாளங்களின் ஒரு இறுக்கமான வலைப் பின்னலை அமைத்து, கர்ப்பப்பையின் தசைக்கும், சிலேட்டும உறைக்கும், அதன் மேலுள்ள பெரிடோனியத்திற்கும் ஏராளமாக இரத்த வினியோகம் செய்கிறது.

வயிற்று மகாதமனியிலிருந்து ஒரு ஜோடி நாளமாக சூலக தமனி தோன்றுகிறது. (சிறுநீரக தமனிக்கு சற்று கீழே). சிறுநீர் குழலுடன் கீழிறங்கி, பெய்குழல்—கூபக பந்தகத்திற்குச் சென்று, பின்னர் அகல பந்தகத்தின் மேற்பகுதிக்குச் சென்று கிளைகளாகப் பிரிந்து, சூலகத்திற்கும், குழலுக்கும் செல்கிறது. சூலக தமனியின் பிரதானப் பகுதி, கர்ப்பப்பை தமனியுடன் ஒரு நாளப் பின்னலை அமைக்கிறது. கர்ப்பப்பை மற்றும் புடண்டல் தமனிகள் தவிர சிறுநீர்பை தமனி மற்றும் ஹெமராய்டல் தமனி ஆகியவையும், யோனி இரத்த வினியோகம் செய்கின்றன.

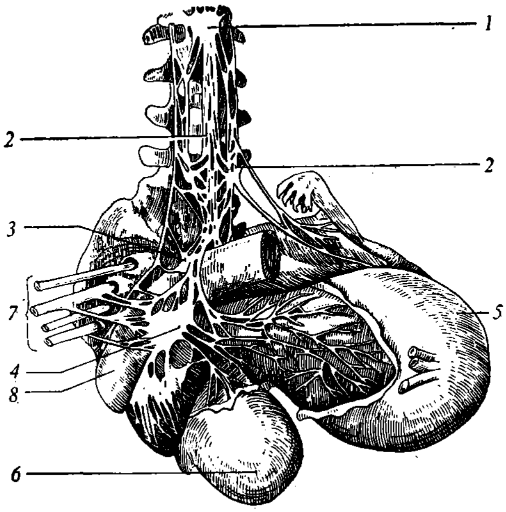
பிறப்புறுப்புக்களிலிருந்து, தமனி

களைப் போலவே, சிரைகளும் இரத்தத்தைக் கடத்துகின்றன. (இரண்டு சிரைகளுக்கு ஒருதமனி என்ற விகிதத்தில்) இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் சிரைகள், பிணயங்களை உண்டாக்குகின்றன. (கர்ப்பப்பை—சூலக, சிறுநீர்பை முதலியன).

நரம்புகள்.

பரிவு, மற்றும் துணைப்பரிவு நரம்பு மண்டலமும் தண்டுவட நரபுகளும், இனப்பெருக்க மண்டலத்திற்கு நரம்பூட்டமளிக்கின்றன. (படம் 14)

இனப்பெருக்க உறுப்புக்களுக்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கும், பரிவுநரம்பு



படம் 14. உட்புற பிறப்புறுப்புகளுக்கு நரம்பூட்டம்.
1. மகாதமனி பிணயம் 2. மேற்புற இரைப்பைக் கீழ் பிணயம் 3. கீழ்புற இரைப்பைக் கீழ் பிணயம் 4. கர்ப்பப்பை யோனி பிணயம் 5. கர்ப்பப்பை 6. சிறுநீர்பை 7. திரிக நரம்புகள் (1-4) 8. மலக்குடல்

மண்டல இழைகள், மகாதமனி மற்றும் சோலார் பிணயத்தில் தோன்றி, கீழ் நோக்கிச் சென்று, 5 வது கீழ் முதுகு முன்னெலும்பு மட்டத்தில் மேற்புற ஹைப்போ—அடி பிணயத்தை உருவாக்குகிறது. இரைப்பை அடிப் பிணயத்திலிருந்து நரம்பிழைகள் கீழிறங்கி, வலை பின்னலமைத்து, வலது, இடது இரைப்பை அடிப் பிணயமாக மாறுகிறது.

இந்தப் பிணயங்களிலிருந்து நரம்பிழைகள், மிகச் சக்தி வாய்ந்த கர்ப்பப்பை—யோனி பிணயத்திற்குச் செல்கின்றன. (கூபக பிணயம்) உட்கழுத்துக் கால்வாயின் உட்துவாரத்தின் மட்டத்தில், கர்ப்பப்பைக்கு பக்கமாகவும், பின்புறமாகவும், பாராமெட்ரியத்தில் இந்தப் பிணயம் அமைந்துள்ளது. துணைப் பரிவு மண்டலத்தின் பகுதியான, கூபக நரம்பின் கிளைகள், இந்தப் பிணயத்திற்குச் செல்கின்றன, கர்ப்பப்பை—யோனிப் பிணயத்திலிருந்து வரும், பரிவு மற்றும் துணை பரிவு நரம்பு மண்டல இழைகள், யோனி மற்றும் கர்ப்பப்பை, கருவகக் குழல்களின் அப்பால் பகுதி, சிறுநீர்பை ஆகியவற்றிற்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கின்றன. கர்ப்பப்பையின் உடலுக்கு பிரதானமாக நரம்பூட்டம் அளிப்பவை பரிவு நரம்பு இழைகளாகும். கர்ப்பப்பை கழுத்துக்கும், யோனிக்கும் துணைப்பரிவு நரம்பு இழைகள் செல்கின்றன.

சூலக பிணயத்திலிருந்து பரிவு, மற்றும் துணை பரிவு மண்டல இழைகள் இரண்டுமே, சூலகத்திற்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கின்றன. மகாதமனி, மற்றும் சிறுநீரக பிணயத்திலிருந்து நரம்பிழைகள், சூலகப்பிணயத்திற்கு வருகின்றன. வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்களும், கூபகத்தளமும், பிரதானமாக, புடண்டல் நரம்பால் நரம்பூட்டம் அளிக்கப்படு

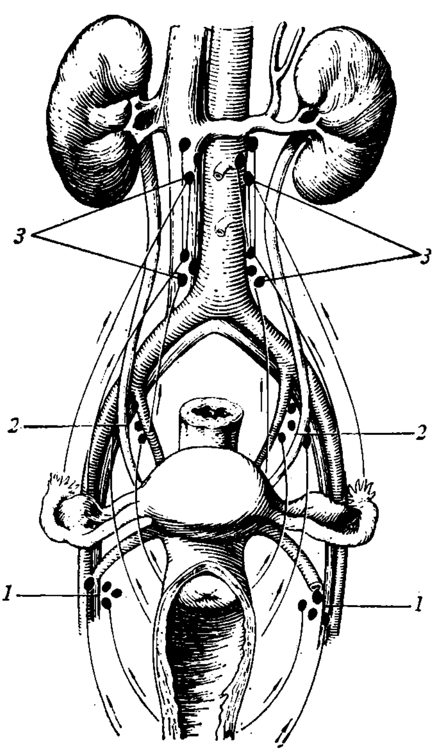
கின்றன. ஆகவே உட்புற பிறப்புறுப்புக்களின் நரம்புகள், மகாதமனி மற்றும் சோலார், சிறுநீரகம் ஆகிய பிணயங்கள் மூலம், மற்ற உள்ளுறுப்புக்களுடன் இணைக்கப்பட்டிருக்கின்றன. கர்ப்பப்பை, மற்றும் குழல்கள், சூலக அகணி ஆகியவற்றில் அடர்த்தியான வலைப்பின்னல் போன்ற நரம்புகளைக் கொண்ட பிணயங்களை உருவாக்குகின்றன. இந்தப் பிணயங்களிலிருந்து மிக நுண்ணிய நரம்புக் கிளைகள், தசை இழைகளுக்கும், எபிதீலியத்திற்கும், மற்றும் பல ஸெல் பொருட்களுக்கும், செல்கின்றன. கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமத்தினுள், இந்த நரம்பிழைகள், சுரப்பிகளுக்குட்செல்கின்றன. சூலகங்களில் குமிழ்பைகளுக்கும், கார்போரால்லூடியாவிற்கும் செல்கின்றன. மிக நுண்ணிய நரம்பு நுனிகள், பொத்தான்கள் மற்றும் பல்புகள் வடிவத்தில் முடிவுறுகின்றன. இவை வேதியிய, யாந்திரீக, வெப்ப, மற்றும் பல தூண்டல்களை ஏற்றுக் கொள்கின்றன. உள்ளுறுப்புக்களின் நரம்பு முடிவுகளை, அகவுணர்வு ஏற்பிகள் என்கிறோம். இவை உள்ளுறுப்புக்களிலிருந்து. உந்தல்களைக் கடத்துகின்றன (புற சூழ்நிலைகளால் தூண்டப்படும் நரமபு முடிவுகளை புற உணர்வு ஏற்பிகள் என்கிறோம். அவை சருமத்தில் உள்ள உணர்வு நரம்பின் இறுதிப் பகுதிகளாகும் (கண்கள், காதுகள், மூக்கின் சிலேட்டுமப் படலம்)). உணர்வு நரம்பு நுனிகளால் ஏற்க்கப்படும் தூண்டல்கள், நரம்பிழைகள்வழியாகக் கடத்தப்பட்டு, நரம்பு மண்டலத்தின் உயர்பகுதிகளுக்குச் சென்று, கட்டுப்பாடு கேந்திரங்களை அடைகின்றன. இங்கிருந்து சுரப்பு மற்றும் இயக்க நரம்பிழைகள் மூலம், உந்தல்கள் இனப்பெருக்க உறுப்புக்களை அடைந்து அவற்றின் பணிகள் கட்டுப்படுத்தப்படுகின்றன. (தசைகளின் சுருக்கங்கள், சுரப்பிகளின் சுரப்புகள், ஹார்மோன்களின் உற்பத்தி முதலியன). இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் பணிகளைக் கட்டுப்படுத்தும் நரம்பு மையங்கள், மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் பல்வேறு மட்டங்களில் காணப்படுகின்றன:— தாண்டுவடம், மூளை புறணியின் அடிப் பகுதிகள், பெருமூளைப்புறணி.

ஐ.பி. லாசரவிச், என். எப். டோலே சினோவ், ஐ.எம். செசனோவ் ஆகியோர் தான் ''பெண்ணின் இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் பணிகள், பெண்களின் மனநிலையைப் பொருத்து இருக்கிறது'' என முதன் முதலாக எடுத்து உரைத்தனர்.

சக்தி வாய்ந்த மன உளைச்சல், ''மாதவிடாயை நிறுத்த முடியும்; கருச்சிதைவைத் தூண்ட முடியும்; அகால பிரசவத்தைத் தூண்ட முடியும்; சகஜமான குழந்தை பிறப்புக்கு ஊறு விளைவிக்க முடியும்'' என மருத்துவக் கூராய்வுகள் காட்டுகின்றன. மாறாக, சாதகமான மனப்பாங்குத் தூண்டல், ''முறையான பிரசவத்தை எளிதாக்க முடியும், வலியைக் குறைக்கவோ, இல்லாமல் ஆக்கவோ செய்ய முடியும், ''எனத் தெரிகிறது. தற்காலத்தில், பிரசவத்தின்போது பெண்ணுக்கு மனோவைய சிகிச்சை அளிப்பது, வழக்கமாக கடைப்பிடிக்கப்படுகிறது.

நிணநாளங்கள்

இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் நிண மண்டலத்தில் அடர்ந்த வலைப்பின்னல் போன்ற நிணநாளங்களும், நிணக்கணுக்களும் உள்ளன. இவை பெரும்பாலும் இரத்த நாளங்களுடனேயே காணப்படுகின்றன. (படம் 15) புற



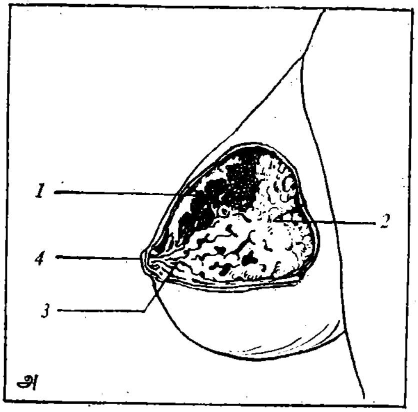
படம் 15. இனப்பெருக்கப் பாதையின் நிணகணு அமைப்பு
1. தொடை இடை கணுக்கள் 2. இரைப்பை அடிக்கணுக்கள் 3. இலியாக் கணுக்கள்

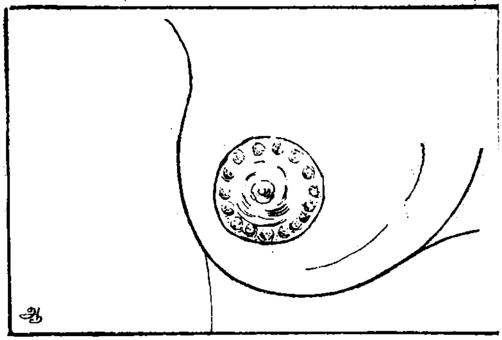
பிறப்புறுப்புக்களின், யோனியின் கீழ் பகுதியின் நிணநீர் வடிமானம், தொடையிடை நிணக்கணுக்களின் வழியாக நடைபெறுகிறது. எஞ்சியுள்ள யோனியின் பகுதி மற்றும் கர்ப்பப்பை கழுத்து ஆகியவற்றின் நிணவடிமானம், இரைப்பை அடி மற்றும் இலியாக இரத்த நாளங்களின் அருகேயுள்ள நிணக்கணுக்கள் மூலம் நடைபெறுகிறது.

கர்ப்பப்பை உடல், குழல்கள், குலகங்கள் ஆகியவற்றின் வடிமானம், மகா தமனி மற்றும் கீழ்ப்பெருஞ்சி ஆரகியவற்றின் மேல் அமைந்துள்ள நிணக்கணுக்களின் மூலம் நடைபெறுகிறது. இவற்றின் நாளங்கள் சூலகதமனியின் பக்கமாக அமைந்து உள்ளன. இத்தகைய நிணககணுக்களும், நாளங்களும், நிணநாளப் பின்னல்கள் மூலம் இணைந்துள்ளன.

மார்பக சுரப்பிகள்

மார்பகச் சுரப்பிகள், கொத்தான திரள் போன்று அமைந்துள்ளன. (படம் 16 அ) சுரப்பியின் பருப்பொருளில்,





படம் 16. மார்பகச் சுரப்பி (முலை).
அ. மார்பகச் சுரப்பியின் அமைப்பு
1. நுண் மடல்கள் 2. கொழுப்பு
3. நாளம் 4. முலைக்காம்பு
ஆ. முகட்டு வட்டமும், முலைக் காம்பும்

ஒரு சிறிய நாளத்தைச் சுற்றி, பல்வேறு அல்வியோலக் குமிழ்கள் அமைந்துள்ளன. அவை அந்த நாளத்தினுள் திறக்கின்றன. இத்தகைய சுரப்பி அமைப்புகள் திரண்டு பெரிய நுண்மடல்களாக அமைகின்றன. சுரப்பிகளின் எபிதீலியத்துக்கு சுரப்புப் பணியும் உண்டு.

நுண்மடல்களுக்கிடையேயான இடைவெளியில் நார்பொருள் கொண்ட இணைப்புத்திசு காணப்படுகிறது. இத்துடன் நெகிழ்வு இழைகளும், கொழுப்பும் பின்னிக்கலந்து கிடக்கின்றன.

ஒரு மார்பகச் சுரப்பியில் 15—20 நுண்மடல்கள் காணப்படுகின்றன. அவற்றிற்கென தனியாக அமைந்த பால் குழிவினுள், அல்வியோலையுடன் இணைந்த எல்லா சிறிய நாளங்களும் சுரக்கின்றன. ஒவ்வொரு நுண்மடலின் நாளமும், தனித்தனியாக முலைக்காம்பில் திறக்கின்றன. ஆகவே, முலைக்காம்பில் 15—20 திறப்புகள் காணப்படுகின்றன. (இவை, நுண்மடல்களின் எண்ணிக்கையைப் பொறுத்து உள்ளது) முலைக்காம்பின் பரப்பில் திறப்பதற்கு முன்னர், ஒவ்வொரு நாளமும் முகட்டு வட்டத்தின் அடியில் ஒரு உட்புழையை உண்டாக்குகின்றன. முலையின் முன் பரப்பில், நிறமி கொண்ட சருமத்தின் மெல்லிய சுருக்கத் துருத்தலே முலைக்காம்பாகும் (படம் 16 ஆ) பல்வேறு அளவிலான, உருண்டை வடிவ அல்லது கூருளை வடிவ அமைப்பு தான் முலைக்காம்பாகும். சிலபோது முலைக்காம்பு தட்டையாக இருக்கலாம், அல்லது உள் நோக்கி வளைந்து இருக்கலாம். இதனால் குழந்தைக்கு பால் கிடைப்பது சிரமமாக இருக்கிறது. முலைக்காம்பைச் சுற்றியுள்ள நிறமி கொண்ட சருமத்தில் மாண்டகாமரியின் சுரப்பிகள் காணப்படுகின்றன. இவை முதிரா மார்பகங்களாகும். முலைக்காம்பிலும், முகட்டு வட்டத்திலும், அவற்றின் சருமத்தின் அடியில் மெல்லிய தசை இழைகள் இருக்கின்றன. பல நரம்பு கிரகிப்பிகளும் காணப்படுகின்றன.

பருவமடைந்தவுடன் மார்பகச் சுரப்பி துரிதமாக வளர்ச்சி அடைகிறது. சூலகத்தில் சுரக்கும் ஃபாலிகுலர் ஹார்மோனால், இந்த வளர்ச்சி தூண்டப்படுகிறது. அதேபோது அல்வியோலையின் வளர்ச்சி, கார்பஸ்ல்யூடிய ஹார்மோனைப் பொறுத்து இருக்கிறது. பாலின முதிர்ச்சிக் காலத்துடன் மார்பகங்களின் முழுமையான வளர்ச்சி பொருந்தியுள்ளது. வயது ஏற ஏற, முலைகளின் பருப்பொருள் தேய்வடைந்து விடுகிறது.

மார்பகங்களுக்கான இரத்த வினியோகம், மார்பக தமனிகளிலிருந்தும், அக்குள் தமனியின் கிளைகளிலிருந்தும் கிடைக்கிறது. நிணநாளங்கள், அக்குள் நிணக்கணுக்களுக்குச் செல்கின்றன.

மார்பகச் சுரப்பிகளின் பணிகள். குழந்தையின் போஷாக்குக்குத் தேவையான பாலை, மார்பகச் சுரப்பிகள் சுரக்கின்றன. கர்ப்பம் துவங்கியவுடன், மார்பகச் சுரப்பிகளின் சுரப்புப்பணி துவங்குகிறது. குழந்தை பிறந்தவுடன் பணி மிகையாகிறது.

முன்புற பிட்யூடரியின் பாலூக்கு ஹார்மோனின் தூண்டலால், பால் சுரப்பு ஊக்குவிக்கப்படுகிறது. இந்த நடவடிக்கை, மத்திய நரம்பு மண்டலத்தால் கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது. ஒரு குழந்தை, பால் குடிக்கும் போது, மார்பகச் சுரப்பிகளின் நரம்பிழைகள் தூண்டப்படுகின்றன. இதைத் தொடர்ந்தான உந்தல்கள், மத்திய நரம்பு மண்டலத்தை அடைகின்றன. இதில் ஏற்படும் ஹார்மோனின் உற்பத்தியை ஊக்குவித்து, மதைத் தொடர்ந்து மார்பகச் சுரப்பிகளின் சுரப்புப் பணியும் தூண்டப்படுகிறது.

மார்பகச் சுரப்புகளுக்குச் செல்லும் நரம்புகளை வெட்டி விட்டால், பால் சுரப்பு குறைவதோடல்லாமல், பாலின் தன்மையும் மாறுகிறது என எம். மிரோனோவ் காட்டினார்.

பல்வேறு கட்டுப்பட்ட அனிச்சைத் தூண்டல்களால் பால்சுரப்பை ஊக்குவிக்கலாம் என எல்.வோஸ்கிரன்ஸ்கி நிர்ணயித்தார். அவையாவன: குழந்தையைக் காண்பது; பாலூட்டுவதுடன் இணைந்த தற்செயலான ஒலிகள் முதலியன. மிகையான உளைச்சலும் பால் சுரப்பைப் பாதிக்கலாம். பெருமூளைப் புறணிக்கும் முலைகளின் சுரப்புப் பணிக்கும் இடையிலான நேரடித் தொடர்புக்கு, இது, மற்றுமொரு, காட்சியமாகும்.

பால் சுரப்பை கீழ்க்கண்டவாறு விளக்கலாம்: பால் சுரக்கும் முலையிலுள்ள சுரப்பு எபிதீலியத்தின் புரோடோபிளாசம், பால்கோளங்களை உண்டாக்குகின்றன. இவை, அல்வியோலையினுட் செல்கின்றன. சுரப்பின் திரவப் பகுதியும், சுரப்பு எபிதீலியத்தின் விளைவாகும். (இரத்தத்தின் திரவப் பகுதியுன் வடிகட்டப்பட்ட பொருள் அல்ல).

பாலுறுஞ்சும் போது, முலைக்காம்பு மற்றும் முகட்டு வட்டம் ஆகியவற்றின் கிரகிப்பிகளால், பால் சுரப்பு தூண்டப்படுகிறது. நரம்பு நுனிகள் தூண்டப்படுவதால், முலைக்காம்பிலும், முகட்டு வட்டத்திலும் உள்ள தசை இழைகள் சுருங்குகின்றன. இதன் விளைவாக, முலைக்காம்பு விறைப்படைகிறது. இதை, குழந்தை நன்கு பற்றிக் கொள்கிறது; இதனால் பால் சுரப்பும் அதிகரிக்கிறது. (பாலின் அடக்கங்களும், முலைப்பாலூட்டுவதற்கான பரிந்துரைகளும் 11, 12 பிரிவுகளில் விவரிக்கப்படுகிறது).

பெண்ணின் வாழ்வின் பலகட்டங்கள்

1) குழந்தைப் பருவம் 2) பூப்படைந் பருவம் 2) வயது வந்த அல்லது இனப் பெருக்கப் பருவம் 4) இறுதி மாதவிடாய் 5) மூப்பு நிலை.

குழந்தைப் பருவம். குழந்தைப் பருவத்தில் சூலகங்களுக்கு சிறப்புப்பணி எதுவும் கிடையாது. புறமற்றும் ஆக பிறப்புறுப்புக்கள் குறைவளர்ச்சியுடன் உள்ளன. புறபிறப்புறுப்புக்களில் ரோமங்கள் காணப்படுவதில்லை, யோனி குறுகலாக இருக்கிறது; குட்டையாகவும் உள்ளது; கர்ப்பப்பையின் உடல் சிறிதாக இருக்கிறது; கருப்பை கழுத்து நீளமாகவும் கூருருளை வடிவிலும் இருக்கிறது. கருவகக் குழல்கள் நெளிந்து காணப்படுகின்றன.

பூப்படைந்த பருவம். 12—16 வயதில் பெண் உடல், பாலின முதிர்ச்சியடைகிறது. இந்தப் பருவத்தில் கீழ்க்கண்டவை காணப்படுகின்றன:— இனப்பெருக்கப் பணியைக் கட்டுப்படுத்தும் ஹைப்போதாலமிக் மையங்கள் வளர்ச்சியடைகின்றன; பிட்யூடரியின் விரை ஊக்கப்பணி; வளர்ச்சியடைகிறது; சூலகங்களின், ஈஸ்ட்ரோஜனிக் ஹார்மோனின் சுரப்பு, அதிகரிக்கிறது. இந்த ஹார்மோனின் தூண்டுதலால், இரண்டாந்தர பாலினத் தன்மைகள் (மார்பகச் சுரப்பிகள், பூப்பு ரோமம் முதலியன) தோன்றுகின்றன; பிறப்புறுப்புக்கள் முழுவளர்ச்சி அடைகின்றன. (யோனியும் கர்ப்பப்பையும் அளவில் பெரிதாகின்றன, கருவகக் குழல்கள் வளர்ச்சியடைகின்றன). இந்தப் பருவத்தில் தான் மாதவிடாய் துவங்குகிறது. கர்ப்பம் உண்டாகாவிடில் அல்லது நோய் நிலை இல்லாவிடில், மாதவிடாய் ஒருலயமான நிகழ்வாக, பெண்ணின் இனப்பெருக்க கட்டத்தில்•

தோன்றுகிறது. மாதவிடாய் தோன்றுவது கீழ்க்கண்ட பல அம்சங்களால் பாதிக்கப்படுகிறது:—தட்ப வெப்ப நிலை, போஷாக்கு முதலியன. மாதவிடாய் தோன்றும் பொதுவான வயது 13 ஆகும். பருவமடையும் காலம் 17—18 வயதில் முடிவடைகிறது. தவறான போஷாக்கின் போதோ கொடிய நோய்களின் போதோ பாலின முதிர்ச்சி தடைப்படுகிறது. முதல் மாதவிடாய் தோன்றுவதும் தாமதமடைகிறது.

வயது வந்த கட்டம். பூப்படைந்த பின் இந்தக் கட்டம் தொடர்ந்து, 30—35 வருடங்களுக்கு நீடிக்கிறது. இனப்பெருக்க மண்டலம் தீவிரமாக பணிபுரிவது தான் இந்தக் கட்டத்தின் சிறப்புத் தன்மையாகும். இந்தக் காலக் கட்டத்தில்தான், பெண்ணின் வாழ்க்கையின் மிக முக்கிய கட்டங்களான கர்ப்பமும், குழந்தை பிறப்பும் நிகழ்கின்றன.

இறுதி மாதவிடாய் காலம். இந்தக் காலம் பொதுவாக 45—47 வயதில் துவங்கி, இரண்டு, மூன்று ஆண்டுகள் நீடிக்கிறது. இனப்பெருக்கத் திறன் படிப்படியாகக் குறைகிறது. மாதவிடாயும் ஒரே சீராக இருப்பதில்லை; மாதவிடாய் மிகவும் அதிகமாகிறது; அல்லது பல நாட்கள் நீடிக்கிறது; அல்லது கால நாமதமடைகிறது; பின்னர் முழுமையாக நின்று விடுகிறது. இறுதி மாதவிடாயின் துவக்க நிலையின் போது, இரத்த நாளம் சார்ந்த கோளாறுகள் உண்டாகின்றன:— இரத்த ஓட்டப் பெருக்கம், திடீரென்று முகஞ்சிவப்பாகுதல், இரத்த அழுத்த அதிகரிப்பு, தலைச் சுற்றல், அசதி, மன உளைச்சல், தூக்கமின்மை ஆகியவை தோன்றுகின்றன. எனினும் இந்த நிகழ்வுகள், நல்ல மனோதிடம் கொண்ட பெண்களிடம் காணப்படுவதில்லை.

மூப்பு நிலை. உடலின் இன்றியமையாத பணிகள் அனைத்தும் படிப்படியாக சீர் கேடடைவது தான் இந்தக் கட்டத்தின் அறிகுறியாகும். பிறப்புறுப்புக்கள் படிப்படியாக சூம்பி விடுகின்றன. யோனி குறுகலடைகிறது. அதன் குறுக்கு மடிப்புகள் மழமழப்படைகின்றன. வளைவுகள் நேராகின்றன; கர்ப்பப்பை, அளவில் குறைகிறது; சூலகங்கள் சுருங்கி, கடினமடைகின்றன.

மாதவிடாய் வட்டம்

பெண்ணை கர்ப்பத்திற்குத் தயாரிக்கும் வகையில், லயத்துடன் மீண்டும் மீண்டுமான சிக்கலான மாற்றங்கள் பெண்ணின் உடலில் உண்டாகின்றன. சகஜமான, மீண்டும் மீண்டும் நிகழ்கிற இந்த முக்கியமான மாற்றங்களை **மாதவிடாய் வட்டம்** என்கின்றனர்.

மாதவிடாய் வட்டத்தின் காலக்கூறு மாறுபடுகிறது. ஆனால் பெரும்பாலான பெண்களில் இது 4 வாரங்களுக்கு (28 நாட்கள்) நீடிக்கிறது. சிலரில் இந்தக் காலம் மிகக் குறைவாக இருக்கும். சிலரின் அபூர்வமான, 30—35 நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது.

மூன்று, நான்கு வாரங்களுக்கு பெண்களில் தோன்றும் உடலியங்கியல் சார்ந்த மாற்றங்களை, மாதவிடாய், முடிவு செய்கிறது என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். மாதவிடாய், வட்டத்தை முடிவு செய்கிறதே தவிர, துவக்கி வெப்பதில்லை. உடலை கர்ப்பத்திற்கு தயார் செய்த முன் நிகழ்வுகள் முடிவு பெற்றன என்பதையும் பொலிவுறாத முட்டை அழிந்து விட்டது என்பதையும் மாதவிடாய் குறிப்பிடுகிறது. அதே போது, வட்ட நிகழ்வுகளில், மாதவிடாய் இரத்தப் பெருக்கு தான் மிகவும் முக்கியமான அறிகுறி

யாகும். இதனால் தான், மாதவிடாய் வட்டத்தின் காலக் கூறை நிர்ணயிக்க, இரத்தப் பெருக்கு துவங்கிய முதல் நாளை கணக்கிலெடுப்பது வசதியாக இருக்கும்.

மாதவிடாய் வட்ட மாற்றங்கள், இனப்பெருக்க உறுப்புக்களான சூலகங்களில், கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமத்தில் சிறப்பாகக் காணப்படுகின்றன. பெண் உடல் முழுவதிலும் நிகழும் பொதுவான வயமாற்றங்களில், இவை ஒரு பகுதி தான். ஆகவே, கீழ்க்கண்ட மாற்றங்களைக் கண்டறியலாம்: 1) முழுமையான உடலில் 2) சூலகங்களில் (சூலக வட்டம்) 3) கர்ப்பப்பையில் (கர்ப்பப்பை வட்டம்). இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் மற்ற பகுதிகளிலும் வட்ட மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. ஆனால் அவை அவ்வளவு முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததல்ல.

முழுமையான உடலில் சுழற்சி மாற்றங்கள் சூலகங்களிலும், கர்ப்பப்பையிலும் ஏற்படும் சுழற்சி மாற்றங்கள், மத்திய மண்டலத்தின் மீது விளை புரிகின்றன. இவை, நரம்பு அனிச்சை வழிகளின் மூலம் மட்டுமின்றி, சூலக ஹார்மோன்களாலும் உண்டாகின்றன. சூலக ஹார்மோன்களின் உற்பத்தி, மாதவிடாப் வட்டத்தின் பல கட்டங்களைப் பொறுத்து வேறுபடுகிறது.

நரம்பு மண்டலத்தின் நடவடிக்கையில் மீண்டும் மீண்டும் நிகழ்கிற மாற்றங்களால், மாதவிடாய் துவங்குவதற்கு முன், பல பெண்கள், எளிதில் எரிச்சலடைகிறார்கள். அசதியும் தூக்கமும் உண்டாகிறது. அதே போன்று, மாதவிடாய் நின்றவுடன் சுறுசுறுப்பாகவும், மகிழ்ச்சியாகவும் இருக்கின்றனர். மிகையான வியர்வை சுரப்பு, அதிகமான தசை நாண் அனிச்சைகள் போன்ற மற்ற நிகழ்வுகளும், மாதவிடாய் நின்றவுடன் சீரடைகின்றன.

மாதவிடாயின் போது கிளர்த்தல், அடங்கல் நிகழ்வுகள் துரிதமாக மாறி மாறித் தோன்றுகின்றன. இறுதியில் அடங்கலே நீடிக்கிறது. பொதுவாக நரம்பு மண்டலத்தின் இத்தகைய மாற்றங்கள் குறிப்பிட்ட வரையரைக்குள்ளேயே இருக்கும். இது, பெண்ணின் வேலை செய்யும் திறனைப் பாதிக்காது. பெருமூளைப்புறணியின் அதிதீவிர நடவடிக்கையுள்ள பணிகளைக் கூட அவளால் மேற்கொள்ள முடியும்.

மாதவிடாய் வட்டத்தின் போது, இரத்த சுழற்சி, மற்றும் உடலின் தட்பவெப்பக் கட்டுப்பாடு, வளர்சிதை மாற்றம் ஆகியவை, அலைகள் போன்று அதிகரிக்கவும், குறையவும் செய்கின்றன. இவை, நரம்பு மண்டலப் பணிகளின் மாற்றங்களுடன் இணைந்துள்ளன. டி.ஓ.ஆட், எஸ்.எஸ். ஷிகாரேவ் மற்றும் பல ருஷ்ய விஞ்ஞானிகளால், மேற்கூறியது, நிர்ணயிக்கப்பட்டது. மாதவிடாய்க்கு மந்திய கால கட்டத்தில் துரிதமான இருதயத் துடிப்பும், மிகையான இரத்த அழுத்தமும், ஓரளவு அதிகரித்த உடல் வெப்பமும் காணப்படுகின்றன. மாதவிடாயின் போது, நாடித் துடிப்பு குறைகிறது. இரத்த அழுத்தமும், உடல் வெப்பமும் குறைகிறது. இத்தகைய நிகழ்வுகள் தற்காலிகமானவையே, மாதவிடாய் நின்றவுடன் மேற்கூறியவை மறைந்து விடுகின்றன. மாதவிடாப் வட்டத்தின் போது, இரத்தத்தின் சிவப்பு அணுக்களின் எண்ணிக்கையும், இரத்தத்தின் அல்புமின் பகுதியின் திராம்போசைட்டுகளின் எண்ணிக்கையும் மாறுபடுவதாகத் தெரிகிறது.

மார்பகச் சுரப்பிகளிலும், மாற்றங்கள் நிகழ்கின்றன. சுரப்புத் திசுவின்

புதிய குவியங்கள் தோன்றுவதால், மாதவிடாய்க்கு முன்பு, முலைகள் கூருணர்வு கொண்டு, கடினமாக, உப்புசமடைகின்றன. மாதவிடாய் நின்றதும் இந்த நிகழ்வுகள் மட்டுப்படுகின்றன.

மாதவிடாய் வட்டத்தில், பிட்யூடரியின் முன்புறமடல், முக்கிய பங்கு வகிக்கிறது. இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் பணிகளைக் கட்டுப்படுத்தும் ஹைபோதலாமசு மெயங்களின் நரம்பு சார்ந்த சுரப்புகளின் தூண்டலால், பிட்யூடரி ஹார்மோனும், சூலகப்பணியைத் தூண்டும் ஹார்மோன்களும் (கோனடோடிரிபிக் ஹார்மோன்) தோன்றுகின்றன.

பிட்யூடரியால் உருவாகும் கோனடோப்ரோபிக் ஹார்மோன் உற்பத்தியைத் தூண்டும் நரம்பு சார்ந்த சுரப்பு, ''விடுவிக்கும் அம்சம்'' எனப்படுகிறது. மேல் மட்ட மத்தியநரம்பு மண்டல பகுதிகள் உள்விட்ட மற்ற பகுதிகளுடன் இணைந்து, ஹைபோதலாமக பணிபுரிகிறது.

சூலகங்களின் மீது பணிபுரியும் மூன்று ஹார்மோன்களை முன்புற பிட்யூடரி உற்பத்தியசெய்கிறது:

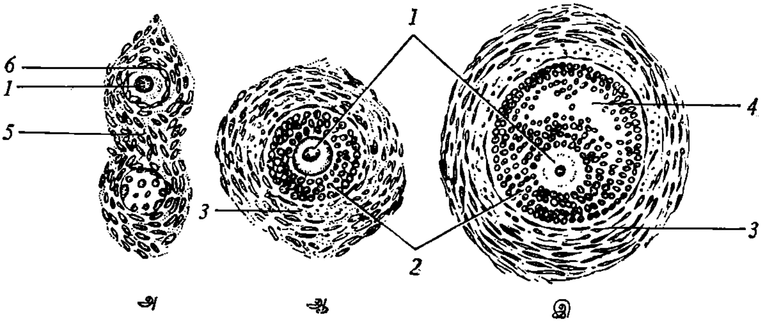
1) குமிழ்பையைத் தூண்டும் ஹார்மோன், சூலகங்களில், குமிழ்பைகளின் வளர்ச்சியையும், முதிர்ச்சியையும் தூண்டுகிறது. குமிழ்பை ஹார்மோன் (ஈஸ்ட்ரோஜன்) உருவாவதும் தூண்டப்படுகிறது.

2) கார்பஸ்ல்யூடியத்தின் முதிர்ச்சியையும், வளர்ச்சியையும் உண்டாக்கும் ல்யூடினைசிங் ஹார்மோன்.

3) ல்யூடியோட்ரோபிக் ஹார்மோன், கார்பஸ்ல்யூடியத்தின் ஹார்மோனான புரஜஸ்டிரான் உருவாவதை, ஊக்குவிக்கிறது. கார்பஸ் ல்யூடியத்தால், புரஜஸ்டிரான் சுரப்பது, ல்யூடினைசிங் ஹார்மோனால் தூண்டப்படுகிறது என நம்பப்படுகிறது. மாதவிடாய் வட்டத்தின் முதல் பகுதியில், குமிழ்பையைத் தூண்டும் ஹார்மோன் தோற்றுவிக்கப்படுகிறது. ல்யூடினைசிங், மற்றும் லியூடியோடிரோபிக் ஹார்மோன்கள் மாதவிடாயின் 2வது பகுதியில் உண்டாகிறது.

சூலக வட்டம். பிட்யூப்டரி சுரப்பியால் உண்டாக்கப்பட்ட கோனடோட்ரோபிக் ஹார்மோன், சூலகங்களில் லயமான மாற்றங்களைத் தோற்றுவிக்குகின்றன. அவை, கீழ்க்கண்டவாறு மூன் கட்டங்களாகப் பிரிக்கப்படுகின்றன:—
1) குமிழ்பை முதிர்ச்சி (குமிழ்பை கட்டம்) 2) முதிர்ந்த குமிழ்பையின் வெடிப்பு (முட்டை வெளியாகும் கட்டம்) 3) கார்பஸ் ல்யூடியம் உருவாகும் கட்டம்.

அ) குமிழ்பை முதிர்ச்சி. எபிதீலியல் செல்களின் ஒரு அடுக்கால் போர்த்தப்பட்ட ஒரு முதிரா ஊவோசிஸ்ட், ஒரு முதிரா குமிழ்பையில் உள்ளது. (இது தான் வருங்கால செதில் அடுக்கு) அதன் வெளிப்புறம், இணைப்புத் திசுவால் சூழப்பட்டுள்ளது. குழந்தைப் பருவத்தின் துவக்கத்திலும் கர்ப்பப்பையினுள் இருக்கும் திசுவின் வளர்ச்சியின் போதும், முதிரா குமிழ்பைகள் உருவாகின்றன. முதிரா குமிழ்பைகள், எண்ணிக்கையில்400,000முதல்500,000 வரை இருக்கும். குழந்தை பருவ நிலை அடைந்தவுடன் 35,000 முதல் 40,000 வரை குமிழ்கள் தொடர்ந்து வளருகின்றன. மற்றவை சிதைந்து விடுகின்றன. இந்த 35,000 முதல் 40,000 வரையிலான முதிரா குமிழ்பைகளில் 450—500 தான் முதிர்ச்சி அடையும். மற்றவை கும்பிவிடுகின்றன. முதிருவதற்கு முன்பே சிசைந்தபடும் சூலக குமிழ்பைகளையே ''சூம்பி விடுகிறது''



படம் 17. குமிழ்பை வளர்ச்சியின் துவக்க நிலைகள்
அ. முதிரா குமிழ்பைகள்
ஆ. குமிழ்பையின் துவக்க முதிர்ச்சி
இ. முதிரும் குமிழ்பையில் குழிவு தோன்றுகிறது.
1. ஊவோசிஸ்ட் 2. செதிள் அடுக்கு 3. இணைப்புத் திசு 4. குழிவு 5. உட்பிறப்பு
6. முதிராக்கிமிழ்பையின் எபிதீலியம்

என கே. எப். ஸ்லாவ்யான்ஸ்கி வர்ணித்தார். ஊவோசைட்டும், செதிள் அடுக்கும் நசிந்து விடுகின்றன. குமிழ்பையிடத்தில் இணைப்புத் திசு தோன்றுகிறது.

மாதவிடாய் வட்டத்தின் முதல் அரைப்பகுதியிலேயே 28 நாட்களில் 14 நாட்களில் (அல்லது 21 நாள்வட்டத்தில் 10—11 நாட்களில்)-குமிழ்பை, முதிர்ச்சியடைகிறது. இந்தக் கட்டத்தில், அதன் மற்ற பாகங்களான, ஊவோசிஸ்ட் மற்றும் செதிள் அடுக்கு, இணைப்புத்திசு உறை ஆகியவை பெருத்த மாற்றங்கள் அடைகின்றன. (படம் 17)

ஊவோசிஸ்ட், தனது அளவில் 5—6 மடங்கு அதிகரிக்கிறது. அதன் பரப்பில் பளிங்கு போன்ற உறை (சோனா பெல்லூ கிடா) தோன்றுகிறது. அதன் புரோடோபிளாசத்தில் சிக்கலான மாற்றங்கள் நிகழ்கின்றன. குமிழ்பை முதிர்ச்சியடைவதற்கு முன்பு, இரண்டு கட்ட பகுப்பு தோன்றுகிறது. முதல் பகுப்பில், இரண்டு சமமில்லாத செல்கள் உண்டாகின்றன. சிறிய செல் அகற்றப்படுகிறது; மற்ற பெரிய செல் மீண்டும் பகுப்படைகிறது. இதன் போது பாதி குரோமோசோம்கள் நிராகரிக்கப்படுகின்றன. இரண்டாவது பகுப்பிற்குப் பிறகு, முட்டை முதிர்ச்சியடைந்து பொலிவடையத் தயாராக இருக்கிறது.

முதிர்ச்சியடையும் போது குமிழ்பை எபிதீலியம் (செதிள் அடுக்கு) பெருக்கமடைகிறது; அடுக்குகளின் எண்ணிக்கை அதிகரிக்கிறது; செதிள் உறையாக மாறுகிறது. முதலில் ஊவோசைட்டுக்கும், இணைப்புத்திசு உறைக்கும் இடையிலுள்ள வெற்றிடத்தை செதிளடுக்கு செல்கள் நிரப்புகின்றன. ஆனால், பின்னர் செல் திரட்சியின் மத்தியில் திரவம் நிறைந்த குழிவுகள் தோன்றுகின்றன. குழிவுகள் ஒன்றிணைந்து ஒரு பெரிய குழிவாக மாறுகின்றன. பெரிய குழிவில் உள்ள குமிழ்பையில், ஒளி ஊடுருவும் திரவம், நிறைந்து காணப்படுகிறது.

பெரிய குழிவினுள் திரவம் தேக்க

மடையும் போது, செதிள் செல்கள், முட்டையின் பக்கமாகவும், குமிழ்பை யின் சுவரின் பக்கமாகவும் நகருகின் றன. முட்டையைச் சுற்றியுள்ள செதிள் அடுக்கு செல்களை, கரோனரேடி யேட்டா என்கிறோம். (கரோனா என் றால் மகுடம், ரேடியேட்டா என்றால் ஆரவளைவு, மொ—ர்). ஆரவளை வுள்ள மகுடத்தால் சூழப்பட்ட ஊவோ சைட், செதிள் அடுக்கு செல்களின் முகட்டின் ஒரு ஓரத்தில் அமைந்துள் ளது.

இது, குயூமலஸ் ஊஃபரஸ் எனப்ப டுகிறது. குமிழ்பை முதிர்ச்சி அடைந்த வுடன், முகட்டிலிருந்து ஒரு முதிர்ந்த முட்டை வெளிப்பட்டு, குமிழ்பை திர வத்தினுள் கிடக்கிறது. (படம் 18)

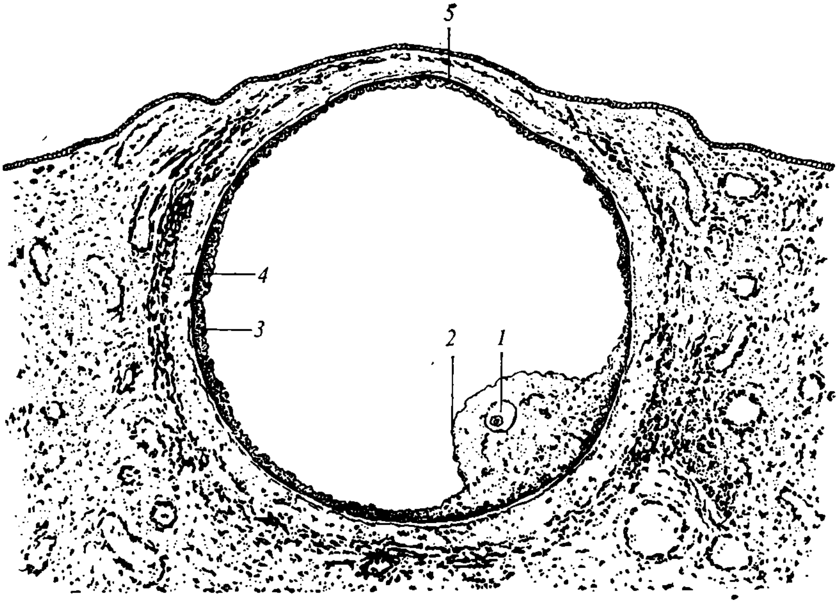
பெண் உடலின் மீது சீக்கலான விளை களை உண்டாக்கும் ஈஸ்ட்ரோஜெனிக் ஹார்மோன், குமிழ்பையால் தோற்று விக்கப்படுகிறது.

1) பருவமடைந்தவுடன், ஈஸ்ட்ரோ ஜெனிக் ஹார்மோன், கர்ப்பப்பை, மற் றும் யோனி, புறபிறப்புறுப்புக்கள், இரண்டாந்தர பாலினப் பண்புகள் ஆகி யவற்றின் வளர்ச்சியையும், முதிர்ச்சி யையும் ஊக்குவிக்கிறது.

2) வயது வந்த நிலையில், முதிர்ச்சி யடையும் குமிழ்பைகளால் தோற்றுவிக் கப்படும் ஈஸ்ட்ரோஜன்கள், எண்டோ மெட்ரியஸெல்கள் பெருக்கமடைவதை தூண்டுகின்றன.

3) கர்ப்பப்பையின் விறைப்புத் தன் மையையும், அதன் சுருக்கங்களை தூண் டும் பொருட்களின் கிளர்த்தலையும், கூருணர்ச்சியையும், ஈஸ்ட்ரோஜன்கள் அதிகரிக்கின்றன.

4) மார்பகச் சுரப்பிகளின் பணிகளை



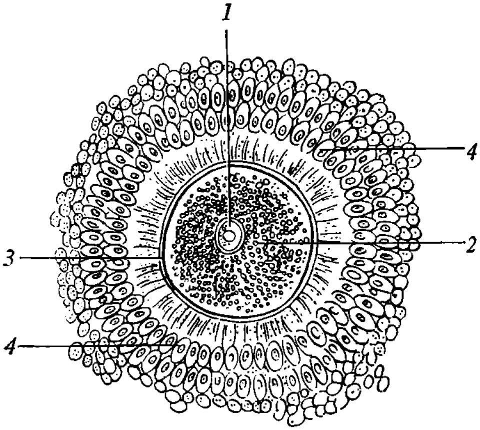
படம் 18. முதிர்ந்த ஃபாலிக்கிள் (குமிழ்பை)
1. ஊவோசைட் 2. குயூமலஸ் ஊஃபரஸ் 3. செதிள் செல்கள் 4. இணைப்புத் திசு 5. குமிழ்ப்பை உடைபடும் நிலையில் உள்ள மெல்லிய சூலகத்திசு

யும், வளர்ச்சியையும், ஈஸ்ட்ரோஜன்கள் ஊக்குவிப்பதோடல்லாமல், பாலூணர்ச்சிகளையும் செறிவடையச் செய்கின்றன.

குமிழ்பை முதிரும் போது, அதன் இணைப்புத்திசு படலம், இரண்டு உறைகளாக மாறுகிறது:—

உள்ளுறை (ஏராளமான செல்களும், தந்துகிகளும் காணப்படுகின்றன) வெளிப்புற நார்ப்பொருள் கொண்ட வெளி உறை (பெரிய இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன). முட்டை வெளிவருவதற்கு முன்னர், குமிழ்பை அளவில் பெரிதாகிறது, அதன் துருவம் சூலகத்தின் பரப்பில் துருத்துகிறது. இங்கு சூலகத்திசு மெல்லியதாகிறது.

ஆ. முட்டை வெளிப்படல்.—கிராஃபியன் ஃபாலிக்கிள் உடைபட்டு முதிர்ந்த பொலிவுராத முட்டை வெளிப்படுகிறது (படம் 19). ஆரவளைவு கொண் மகுடத்தால் சூழப்பட்ட முட்டை, குமிழ் திரவத்துடன், பெரிடோனியக்



படம் 19. ஆரவட்ட மகுடத்தால் சூழப்பட்ட ஊவோசைட்

1. நூக்ளியஸ் 2. புரோடோபிளாசம் 3. சோவா பெலூசிடா 4. ஆரவளைவு கொண்ட மகுடம்.

குழிவினுட் சென்று, கருவகக் குழலினுள் நுழைகிறது.

28 நாள் வட்டத்தில் 14—15வது நாளில் முட்டை வெளிப்படுகிறது. மாதவிடாய் துவங்கிய முதல் நாளிலிருந்து கணக்கெடுக்க வேண்டும். (21 நாள் மாதவிடாய் வட்டத்தில் முட்டை வெளிப்படுவது சீக்கிரமாகவே நிகழுகிறது) பொலிவடைய, இது தான் மிகவும் பொருத்தமான நேரமாகும்.

இ. கார்பஸ் ல்யூடியம் உருவாதல்.—(குமிழ்பைகள் உடைபட்டவுடன் சூலகத்திலிருந்து வெளிப்படும் அங்கத்தையே கார்பஸ் ல்யூடியம்என்கிறோம். இது சுரக்கும், பரஜஸ்டிரான் என்ற ஹார்மோன், பொலிவுற்ற முட்டை பொதிய, கர்ப்பப்பையைத் தயார் செய்கிறது. மொ—ர்)

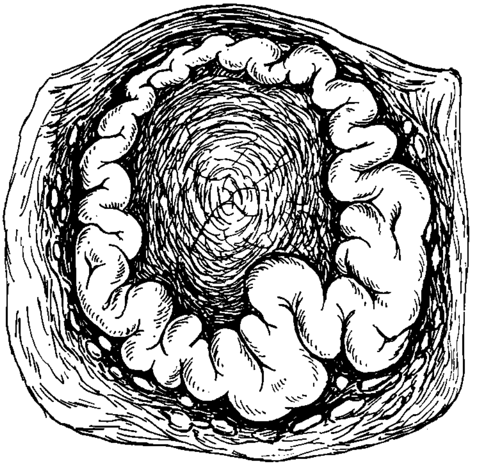
முதிர்ந்த குமிழ்பையிலிருந்து, புதிய, முக்கியமான சுரப்பியான கார்பஸ் ல்யூடியம் உண்டாகிறது. இது புரஜஸ்டீரானை உற்பத்தி செய்கிறது. (லத்தீன் மொழியில் ஜெஸ்டே என்றால் பிறப்பு சம்பந்தமான என்று பொருள். கர்ப்பப்பையில் திசு நிலை பெற (கர்ப்பமடைய) புரஜஸ்டீரான் என்ற ஹார்மோன், கர்ப்பப்பையைத் தயார் செய்கிறது. 28 நாள் வட்டத்தில் 14 நாட்களுக்கு, கார்பஸ் ல்யூடியத்தின் வளர்ச்சி நீடிக்கிறது. (21 நாள் வட்டத்தில், குறைந்த காலமாகிறது) மாதவிடாய் வட்டத்தின் இரண்டாவது பகுதி வரை-முட்டைவெளி வருவதிலிருந்து மாதவிடாய் வரைநீடிக்கிறது.

உடைபட்ட குமிழ்பையிலிருந்து, கார்பஸ் ல்யூடியம் பின்வருமாறு வளர்கிறது: குமிழ்பையிலிருந்து முதிர்ந்த முட்டையும், குமிழ்பை திரவமும் வெளிவந்தவுடன், அதன் சுவர்கள் மடிப்படைந்து, உடைபட்ட இடம் சீரடைகிறது. பெருங்குழிவினுள், சிறிய இரத்த

உறை கட்டி ஒன்று உண்டாகிறது. குமிழ்பையின் பெருங்குழிவில் காணப் படும் செதிள் செல்கள் துரிதமாகப் பெருக்கமடைகின்றன; அளவில் பெரி தாகின்றன; அவற்றின் புரோட்டோபிளா சத்தில் ல்யூடின் (கொழுப்புப் பொருள்) தேக்கமடைகிறது. இதனால் தான் அந்தச் சுரப்பிக்கு மஞ்சள் நிறம் உண் டாகிறது. (லத்தீன் மொழியில் ல்யூடியம் என்றால் மஞ்சள் நிறம் என்று பொருள் செதிள் செல்கள், கார்பஸ் ல்யூடியத் தின் ல்யூடின் செல்களாக மாறுகின்றன. செதிள் அடுக்கின் வளர்ச்சியுடன், இணைப்புத்திசுவிலிருந்து இரத்த நாளங்கள் உட்சென்று, மிகையான இரத்த வினியோகம் நடைபெறுகிறது. ஒவ்வொரு செல்லையும் சுற்றியுள்ள, ல்யூடின் அடுக்கில், தந்துகிகள், அடர்த் தியான ஒரு வலைப் பின்னலை உண் டாக்குகின்றன. குமிழ்பை பெருங்குழி விலுள்ள இரத்த உறை கட்டியை, மிகையான இரத்த வினியோகம், கரை யச் செய்கிறது.

முதிர்ந்த கட்டத்தில், (படம் 20) கார்பஸ் ல்யூடியம் ஒரு கொட்டைய ளவை அடைகிறது. அதன் துருவங்க ளில் ஒன்று, சூலகத்தின் பரப்பில் துருத் துகிறது. குமிழ்பையிலிருந்து வெளி வந்த முட்டை பொலிவடைந்தால், கார்பஸ் ல்யூடியம் தொடர்ந்து வளர்ச் சியடைந்து கர்ப்ப கால முதல் மாதங் களில் பணி புரிகிறது.

இது கர்ப்பத்தின் கார்பஸ் ல்யூடியம் எனப்படுகிறது. முட்டை பொலிவடை யாவிடில், கார்பஸ் ல்யூடியம், 28 நாள் வட்டத்தில் 28 வது நாளிலிருந்து தேயத் துவங்குகிறது. (21 நாள் வட் டத்தில் 21 வது நாளிலிருந்து) ல்யூடின் செல்கள் தேய்வடைகின்றன, இரத்த நாளங்கள் பணி புரிவதில்லை; இணைப் புத்திசு பெருக்கமடைகிறது. கார்பஸ்



படம் 20. முதிர்ந்த கார்பஸ் ல்யூடியம்

ல்யூடியம் ஒரு வடுவாக மாறி, விரை வில் மறைந்து விடுகிறது.

ஒவ்வொரு மாதவிடாய்வட்டத்தின் போதும் கார்பஸ் ல்யூடியம் உண்டாகி றது. பொலிவடையாவிடில் அது, பொய் கார்பஸ் ல்யூடியம் எனப்படுகி றது அல்லது மாதவிடாய் கார்பஸ் ல்யூ டியம் எனப்படுகிறது. மஞ்சட்பொரு ளால் சுரக்கப்படும் (புரஜஸ்டிரான்) ஹார்மோன், பெண்ணின் உடல் மீது கீழ்க்கண்டபடி வினைபுரிகிறது:—

1) கர்ப்பப்பையின் சிலேட்டுமத்தில் சிக்கலான மாற்றங்களை உண்டாக்கி, அதை கர்ப்பத்திற்குத் தயார் செய்கி றது. (சுரப்புக் கட்டம்)

2) கர்ப்பப்பையின் சுருங்கு தன்மை யையும், கிளர்த்தலையும் குறைத்து, கர்ப்பம் வளர்ச்சியடைய உதவுகிறது.

3) குமிழ்பை ஹார்மோனுடன் சேர்ந்து, புரஜஸ்டிரான் மார்பகச் சுரப் பிகளில் மாற்றங்களை ஊக்குவித்து பால சுரக்க வகை செய்கிறது.

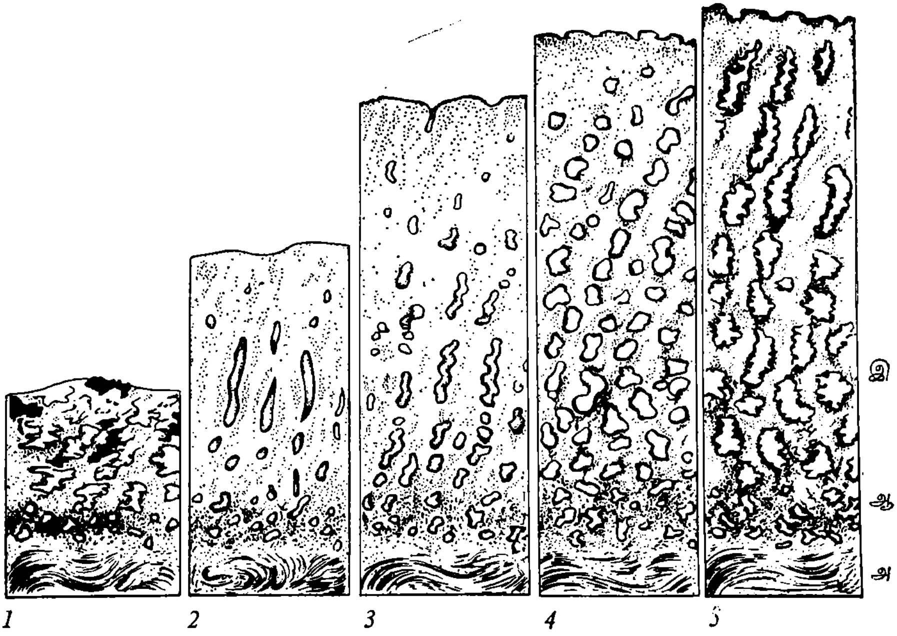
கார்பஸ் ல்யூடியம் தேய்வடையும் போது, புரஜஸ்டிரான் உற்பத்தியும்

நின்று விடுகிறது. ஒரு புதிய குமிழ்பை முதிர்ச்சியடைந்து, முட்டை வெளிப் பட்டு, புதிய கார்பஸ் ல்யூடியம் உரு வாகிறது.

கர்ப்பப்பை வட்டம். குமிழ்பையிலும், கார்பஸ் ல்யூடியத்திலும் உருவாகும் சூலக ஹார்மோன்கள், கர்ப்பப்பையின் இரத்த வினியோகம், மற்றும் கிளர்த் தல், விறைப்புத் தன்மை ஆகியவற்றில் சுழற்சி மாற்றங்களை ஆகியவற்றை உண்டாக்குகின்றன. எண்டோமெட் ரியத்தின் பணிசார்ந்த அடுக்கில் தான் முக்கியமான மாற்றங்கள் நிகழ்கின் றன:—லயத்துடன் மீண்டும் மீண்டும் நடைபெறும் வளப்பம், பண்பு சார்ந்த மாற்றங்கள், செதிளுரிதல், பணிசார்ந்த அடுக்கின் மீள் வளர்ச்சி ஆகியவை. சூல கவட்டம் போன்றே, கர்ப்ப வட்டம் 28 நாட்கள் நீடிக்கின்றன. (சிலபோது 21 அல்லது 30—35 நாட்கள்) கீழ்க் கண்ட கட்டங்களாகப் பிரிக்கப்படுகி றது:—அ) செதிளுரிதல் ஆ) மீண்டுமா னவளர்ச்சி, இ) வளப்பம் ஈ) சுரப்பு (படம் 21).

அ) செதிளுரி கட்டம். மாதவிடாய் இரத்தப் பெருக்கு பொதுவாக 3—5 நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது. இவை தான் தீண்டல்கள் எனப்படுகின்றன. எண் டோமெட்ரியத்தின் பணி சார்ந்த அடுக்கு சிதைவடைகிறது; கர்ப்பப்பை சுவரிலி ருந்து பிரிந்து, கர்ப்பப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது. இத்துடன் கர்ப்பப்பைச் சுரப்பிகளின் திரவங்க ளும், சிதைந்து பட்ட இரத்த நாளங் களின் இரத்தமும் வெளிப்படுகிறது.

ஆ) மீள் வளர்ச்சிக் கட்டம். செதி



படம் 21. மாதவிடாய் வட்டத்தின் பல்வேறு நிலைகளில் உள்ள எண்டோமெட் ரியம் 1. செதிளுரி கட்டம் 2, 3. வளப்பக் கட்டம் 4, 5. சுரப்புக் கட்டம் அ. தசை அடுக்கு; ஆ. சிலேட்டுமத்தின் அடித்தள மடிப்பு; இ. கர்ப்பப்பை சிலேட் டுமத்தின் பணி சார்ந்த அடுக்கு

ளூரியும் கட்டத்தில் துவங்கும் இந்த புனருத்தாரணக் கட்டம், மாதவிடாய் வட்டத்தின் 5 அல்லது 6 வது நாளில் முடிவடைகிறது. அடிப்படை அடுக்கின் சுப்பி எபிதீலியத்தின் வளப்பத்தால், கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமத்தின் பணி சார்ந்த அடுக்கு புதுப்பிக்கப்படுகிறது. (உட்பிழம்பு, நாளங்கள், நரம்புகள் முதலியன)

இ) **வளப்பக் கட்டம்** சூலகத்தின் குமிழ்பையின் முதிர்ச்சியுடன் இந்தக் கட்டம் அமைகிறது. 28 நாள்வட்டத்தில் 14 வது நாள் வரை தொடர்கிறது. (21 நாள் வட்டத்தில் 11வது நாள் வரை தொடர்கிறது) ஈஸ்ட்ரோஜன் ஹார்மோன், உட்பிழம்பின் வளர்ப்பத்தை தூண்டுகிறது. கர்ப்பப்பைச் சிலேட்டுமத்தின் சுரப்பிகளும் ஊக்குவிக்கப்படுகின்றன. சுரப்பிகள் நீளமடைந்த சுருள்கள் போல் வட்டமாகின்றன. வட்டத்தின் இந்த நேரத்தில், சுரப்பு இராது. கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமம் 4—5 மடங்கு பருமனடைகிறது.

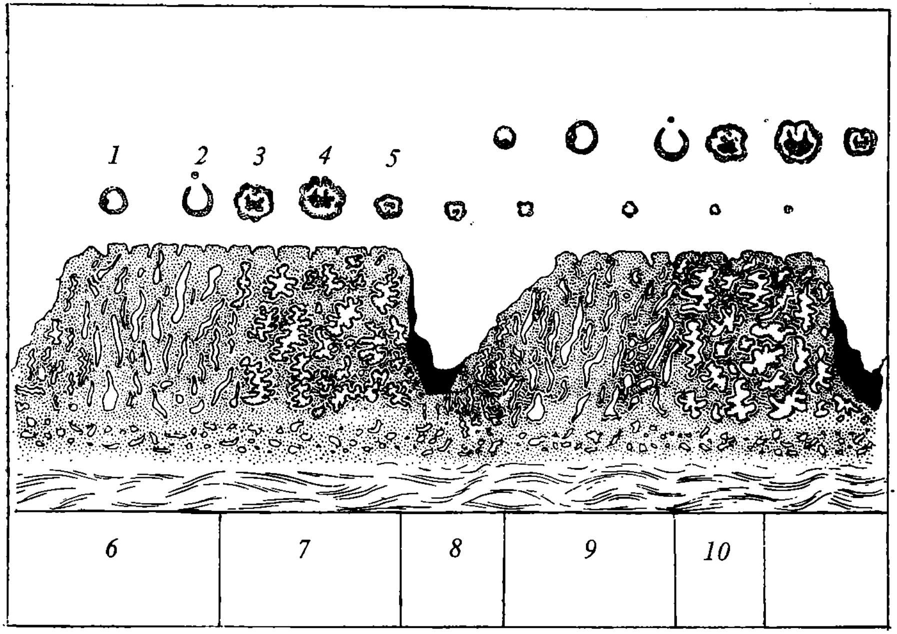
ஈ) **சுரப்புக் கட்டம்.**—இந்தக்கட்டம் சூலகத்தில் கார்பஸ் ல்யூடியம் முதிர்ச்சியடைவது வரை நீடிக்கிறது. 14—15 வது நாளிலிருந்து 28 வது நாள் வரை தொடர்கிறது. அதாவது மாதவிடாய் வட்டம் முடியும் வரை.

கார்பஸ் ல்யூடியத்தின் சுரப்பு ஹார்மோன், எண்டோமெட்ரியத்தில் பணிசார்ந்த மிக முக்கியமான மாற்றங்களை உண்டாக்குகிறது. சுரப்பிகளின் பணிகளை தூண்டுகிறது. அவற்றின் குழிவுகள் விரிவடைகின்றன. அவற்றின் சுவர்களில் விரிகுடா போன்ற அமைப்புகள் தோன்றுகின்றன. உட்பிழம்பு செல்கள் அளவில் பெரிதாகி, ஓரளவு வட்டமாகி, கர்ப்பத்தின் போது தோன்றும் கருச்சவ்வுகள் போன்று தோற்றமளிக்கின்றன. கிளைகோஜன், பாஸ்பரஸ், கால்சியம் போன்ற மற்றும் பல பொருட்கள் கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமத்தில் படிகின்றன. இந்த மாற்றங்கள் அனைத்தும் பொலிவுற்ற முட்டையின் வளர்ச்சிக்கான சாதகமான சூழ்நிலைகளை உண்டாக்குகின்றன. கர்ப்பம் அடையாவிடில், கார்பஸ் ல்யூடியம் தேய்வடைகிறது. சுரப்புக் கட்டம் வரை வளர்ச்சியடைந்த எண்டோமெட்ரியத்தின் பணிசார்ந்த அடுக்கு செதிளுரிகிறது. மாதவிடாய் இரத்தப் பெருக்கு துவங்குறது.

இதைத் தொடர்ந்து, சூலகம் மற்றும் கர்ப்பப்பை, உடல் ஆகியவற்றில் விட்டுவிட்டு தோன்றும் மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. (படம் 22) மற்றொரு குமிழ்பை முதிர்ச்சியடைவதைத் தொடர்ந்து முட்டை வெளிப்பட்டு, சூலகத்தில் கார்பஸ் ல்யூடியம் வளர்ச்சியடைந்து, எண்டோமெட்ரியமும் உரிய மாற்றங்களை அடைகிறது. கர்ப்பப்பை கழுத்து மற்றும் யோனி, இனப்பெருக்கத்தின் மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றில் மீண்டும் மீண்டும்மாற்றங்கள் தோன்றிக் கொண்டே இருக்கின்றன. ஆனால், இவை, சூலகங்களிலும், குறைவாகவே காணப்படுகின்றன.

பெண்ணின் இனப்பெருக்க வாழ்க்கைப் பருவம் பூராவும், குறிப்பிட்ட இடைவெளிகளுடன், மேற்கூறிய மாற்றங்கள் தோன்றிக் கொண்டே இருக்கின்றன. கர்ப்பநிலை, பாலூட்டு நிலை ஆகியவற்றின் போது (உடல் இயங்கு நிலைகள்) இந்த மாற்றங்கள் ஒத்திப் போடப்படுகின்றன. நோயூக்கு நிலைகளிலும் (கொடூரமான வியாதிகள், உலக்கோளாறுகள், தவறான போஷாக்கு) மாதவிடாய் வட்டத்தில் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன.

மாதவிடாயின் போது நலவழி.—மாதவிடாய் இரத்தப் பெருக்கு, சகஜ



படம் 22. சூலகங்களிலும் எண்டோமெட்ரியத்திலும் சுழன்று வரும் மாற்றங்கள்

1. முதிர்ச்சி அடையும் குமிழ்யை
2. முட்டை வெளிப்படல்
3. உருவாகும் கார்பஸ் ல்யூடியம்
4. முதிர்ந்த கார்பஸ் ல்யூடியம்
5. கார்பஸ் ல்யூடியத்தின் தேய்வு
6. வளப்பக் கட்டம்
7. சுரப்புக் கட்டம்
8. செதிளுரிந்து, மீள்வளர்ச்சிக் கட்டம்
9. வளப்பக் கட்டம்
10. சுரப்புக் கட்டம்

மாக 3—5 நாட்கள் (7 நாட்களுக்கு மேலாக இன்றி) நீடிக்கிறது. சகஜமான மாதவிடாயின் போது 50—100 மி.லி. இரத்தம் வெளிப்படுகிறது. எண்டோமெட்ரியத்தின் பணிசார்ந்த அடுக்கின் சிதைகள் பொருட்களும், கர்ப்பப்பை சுரப்பும் மாதவிடாய் தீட்டில் காணப்படுகிறது.

இதில் சில என்சைம்கள் இருப்பதால், மாதவிடாய் இரத்தம். பொதுவாக உறைவதில்லை. இரத்த நாளங்களின் இரத்தத்தைவிட இது கருப்பாகவும் இருக்கிறது. மாதவிடாய் என்பது ஒரு சகஜமான உடலியங்கியல் நிகழ்வாக இருந்த போதிலும், இதன் போது சில நலவழிகளைக் கையாளுவது நல்லது. பெண், தனது சகஜமான பணிகளைச் செய்ய வேண்டும்; ஆனால் அசதி உண்டாக்கும் பணிகள், மிகையான தட்ப வெப்ப நிலை ஆகியவற்றைத் தவிர்க்க வேண்டும்.

மாதவிடாயின் போது பெண்ணின் உணவில் காரமான பொருட்கள் இருக்கக் கூடாது; உள்ளுறுப்புக்களுக்கும், கூபக உறுப்புக்களுக்கும் இரத்த ஓட்டத்தை அதிகரிக்கும் மதுபானங்களைத் தவிர்க்க வேண்டும். இனப்பெருக்க உறுப்புக்களுக்கு மிகையாக இரத்

தம் சென்றால், மிகையாக குருதிப் பெருக்கு ஏற்படும்.

எண்டோமெட்ரியத்தின் பணிசார்ந்த அடுக்கின் மாதவிடாய் செதிலுரிதலால், ஒரு "காயமடைந்த" பகுதி காணப் படுகிறது. நோழுக்கும் கிருமிகள் உட் சென்று இந்தக் காயத்தைப் பாதித் தால், கர்ப்பப்பை, மற்றும் சூலகம், கருவகக் குழல், கூபக பெரிடோனியம் ஆகியவை அழற்சிக்குள்ளாக நேரிடும். ஆகவே மாதவிடாயின் போது உடலும், புறப்பிறப்புறுக்களும் மிகவும் சுத்த மாக இருக்க வேண்டும்.

மாதவிடாய் இரத்தம், எளிதில் வெளியே செல்ல வேண்டும். விடப அடித்திண்டுகள் அல்லது அடைப்பான் கள் கொண்டு இரத்தத்தை அகற்ற, பெண்கள் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். நகச் சூடுள்ள தண்ணீரால் வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்களை தினமும் இரண்டு, மூன்று தடவைகள் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். "காயமடைந்துள்ள" கர்ப் பப்பை பாதிக்கப்படுவதால், பால்பு ணர்ச்சி மற்றும் பீச்சாங்குழல் கழுவல் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். தொட்டிக ளில் குளிப்பதைவிட துளிக்குளியல்கள் நல்லது. இதன் மூலம், யோனி வழியாக கர்ப்பப்பைக்குள் செல்லக் கூடிய கிருமி பாதிப்பைத் தவிர்க்க முடியும்.

மாதவிடாயின் போது தங்களைப் பராமரித்துக் கொள்ள, தொழிற் கூடங் களிலும், நிறுவனங்களிலும் தனியான அறைகள் பெண்களுக்கு, ஒதுக்கப்பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 2

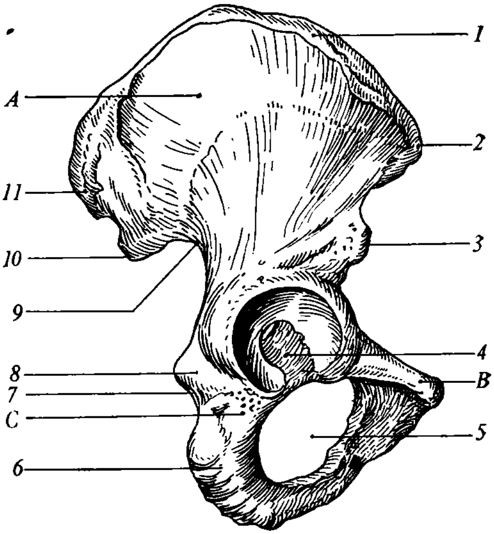
பெண்ணின் கூபகம்

எலும்புக் கூபகம் ஒரு உறுதியான அமைப்பாகும். இதில் பெண்களின் இனப்பெருக்க உள்ளுறுப்புக்கள், மலக் குடல், சிறுநீர்பை, அதைச் சுற்றியுள்ள திசுக்கள் காணப்படுகின்றன. இது தவிர பிரசவத்தின் போது சிசு வெளிவர, பிறப்புப் பாதையாக பெண் கூபகம் அமைகிறது. மகப்பெறு இயலில் கூபக அமைப்பு மிகவும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது.

எலும்புக் கூபகம்

எலும்புக் கூபகத்தில் கீழ்க்கண்ட 4 எலும்புகள் காணப்படுகின்றன:— இரண்டு இன்னாமினேட் (பெயரில்லா) எலும்புகள், திரிகம், வால் முள்ளெலும்பு, பெயரில்லா எலும்புகள், எலும்புக் கூபகத்தின் முன்புற, பக்கவாட்டு எல்லைகளாக அமைகின்றன. திரிகமும் வால் எலும்பும் பின் சுவராக அமைகின்றன.

இளம் வயதில் (16—18 வயது வரை) இடுப்பெலும்பில் (பெயரில்லா) மூன்று தனி எலும்புகள், குறுத்தெலும்பால் இணைக்கப்பட்டுக் காணப்படுகின்றன: இலியம், இஸ்கியம், பூப்பு, குறுத்தெலும்புகள் எலும்பானவுடன், மூன்று எலும்புகளும் பெயரில்லாத ஒரே எலும்பாக இணைந்து விடுகிறது. (படம் 23)



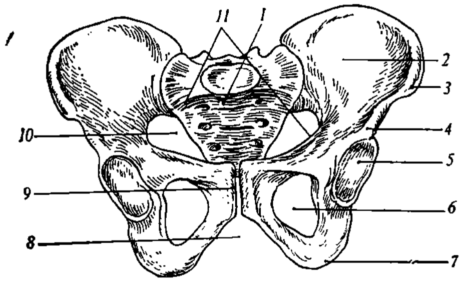
படம் 23. பெயரில்லாத எலும்பு
அ) இலியம் ஆ) பூப்பு இ) இஸ்கியம்
1. இலியாக் முகடு 2. முன்புற மேற்புற முனைப்பு 3. முன்புற கீழ்ப்புற இணைப்பு 4. அசடா புலம் 5. ஆப்டுரேடார் துளை 6. இஸ்கிய புடைப்பு 7. சிறிய சயாடிக் கீற்று 8. இஸ்கிய முனைப்பு 9. பெரிய சயாடிக் கீற்று 10. பின்புற கீழ்புற முனைப்பு 11. பின்புற மேற்புற முனைப்பு

இவை இணையும் இடம் அசடாபுலம் எனப்படுகிறது. இலியம், அசடாபுலத்திற்கு மேலாக இருக்கிறது. பூப்பு முன்புறமாகவும், இஸ்கியம் கீழ்புறமாகவும் அமைந்து உள்ளது.

இலிய எலும்பில் இரண்டு பாகங்கள் காணப்படுகின்றன:—உடலும், சிறகும். உடல், இலியத்தின் குட்டையான பருமனான பகுதியாகும் இது, அசடாபுலத்தின் ஒரு பாகமாக இருக்கிறது. சிறகு அகலமான, விசிறி போன்ற அமைப்புடன் உட்புறமாக குழிந்தும், வெளிப்புறமாக குவிந்தும், மத்தியில் மெல்லியதாகவும், மற்ற இடங்களில் பருமனாகவும் உள்ளது. சிறகின் பருமனான மேல் விளிம்பு, இலியாக் முகடு எனப்படுகிறது. இவற்றில் காணப்படும் மூன்று நேரிணையான கோடுகளில், வயிற்றுத் தசைகள் பொதிந்துள்ளன. இலியாக் முகட்டின் முன்புற முனையின் மழுங்கலான எலும்புப் புடைப்பு, முன்புற மேற்புற முனைப்பு எனப்படுகிறது. இதற்குக் கீழாக உள்ள மற்றொன்று, முன்புற கீழ்புற முனைப்பு எனப்படுகிறது. மற்றுமொரு மூன்றாவது புடைப்பு இலியோபெக்டினியல் புடைப்பு எனப்படுகிறது. முன்புற மேற்புற முனைப்புக்கும், முன்புற முனைப்புக்கும் இடையே உள்ள பகுதியை சிறிய சயாடிக் குடைவு எனகிறோம். முன்புற கீழ்ப்புற முனைப்புக்கும், இலியோ பெக்டினிய புடைப்புக்கும் இடையே யுள்ள பகுதியை பெரிய சயாடிக் குடைவு என்கிறோம்.

இலியாக் முகட்டின் பின்புற நுனி தான் பின்புற மேற்புற முனைப்பு ஆகும் அதன் கீழே இருக்கும் மற்றுமொரு எலும்புப்புடைப்பு, பின்புற கீழ்புறமுனைப்பு எனப்படுகிறது. பின்புற கீழ்புற முனைப்புக்குக் கீழே பெரிய சயாடிக் குடைவு உள்ளது.

இலியத்தின் உட்பரப்பில் காணப்படும் விளிம்பு போன்ற புடைப்பில் தான், சிறகு, எலும்பின் உடலுடன் இணைகிறது. இதையே பெயரில்லா எலும்பு என்கிறோம். (படம் 24) இது திரிகத்தி



படம் 24. பெண்ணின் கூபகம் 1. திரிகம் 2. இலியாக் சிறகு 3. முன்புற மேற்புற முனைப்பு 4. முன்புற கீழ்புற முனைப்பு 5. அசடாபுலம் 6. ஆப்டுரேட்டர் துளை 7. இஸ்கிய புடைப்பு 8. கூபக வளைவு 9. பூப்பிணைப்பு 10. கூபக உள்வாயில் 11. பெயரில்லா கோடு

லிருந்து, இலியம் வழியாகச் சென்று, பூப்பெலும்பின் மேல்விம்புக்குச் செல்கிறது. இலியத்தின் உட்புற பின்புறப் பகுதியில் காணப்படும் காதுமடல் போன்ற பரப்பு, திரிக இலியக் மூட்டு எனப்படுகிறது.

இஸ்கியத்தில், ஒரு உடலும் (இது, அசடாபுலத்துடன் அமைந்துள்ளது) இரண்டு கிளைகளும் (மேற்புற, கீழ்ப்புற) காணப்படுகின்றன. எலும்பின் உடலில் இருந்து வரும் மேற்புற கிளை இஸ்கிய புடைப்பில் முடிகிறது. கீழ்ப்புறக் கிளையின் பின்புரபரப்பில் காணப்படும். துருத்தல், இஸ்கிய முனைப்பு எனப்படுகிறது. கீழ்ப்புறக்கிளை முன்புறமாகவும் மேற்புறமாகவும் சென்று பூப்பெலும்பின் கீழ்க்கிளையுடன் இணைகிறது.

பூப்பெலும்பு, இலியாக் எலும்புக்கு முன்புறமாகவும், கீழ்ப்புறமாகவும் அமைந்து, கூபகத்தின் முன்புற எல்லையாக இருக்கிறது. பூப்பெலும்பில் ஒரு உடலும், இரண்டு கிளைகளும் உள்ளன —மேற்புற கிடைமட்டக்கிளை (மேற்கிளை), கீழ்புற—இறங்கும் கிளை, (கீழ்க்கிளை).

பூப்பெலும்பின் குட்டையான உடல் அசடாபுலத்தின் ஒரு பாகமாக உள்ளது. அதே போது, கீழ்ப்புறக் கிளை, இஸ்கிய எலும்பின் கீழ்ப்புறக் கிளையுடன் சேருகிறது.

பூப்பெலும்பின் மேற்கிளையின் மேல் விளிம்பில் காணப்படும் கூர்மையான விளிம்பு, பூப்பெலும்பின் முடிச்சில் முடிகிறது. (ட்யூபர்குலம்பூவிகம்)

இரண்டு பூப்பெலும்புகளின் மேற்ற்புற, கீழ்புறக் கிளைகள் இரண்டும் நடுக்கோட்டில் சந்தித்து, ஓரளவே அசையும் மூட்டாக, பூப்பெலும்பிணைப்பு மாறுகிறது. பூப்பெலும்பின் கீழ்க்கிளை பூப்பெலும்பிணைப்பின் கீழே, ஒரு வளைவாக அமைகிறது. (படம் 24)

பூப்பெலும்பு, இஸ்கிய எலும்பு ஆகியவற்றின் கிளைகள் இணைந்து, ஆப்டுரேட்டர் துளை எனப்படும் ஒரு பெரிய துளையாக மாறுகிறது.

ஐந்து முள்ளெலும்புகளின் இணைப்பே திரிகமாகிறது. (படம் 24) முள்ளெலும்புகளின் அளவு, கீழே செல்லச் செல்ல, குறைகிறது. இதனால் திரிகம், முனை மழுங்கிய கூம்புபோன்று இருக்கிறது. இதன் அடித்தளமான அகன்ற பகுதி மேல் நோக்கியும், குறுகலான பகுதி கீழ் நோக்கியும் உள்ளது. திரிகத்தின் பின்பரப்பு குவிந்தும், முன்பரப்பு குழிந்தும் இருக்கிறது. இது தான் திரிகக் குழிவு எனப்படுகிறது. திரிகத்தின் முன்பரப்பில் நான்கு கரடுமுரடான குறுக்குக் கோடுகள் காணப்படுகின்றன. அவை, திரிக முள்ளெலும்புத் துண்டங்களின், என்படைந்த குருத்தெலும்பு மூட்டுக்களாகும். கோடுகளின் இறுதியில் காணப்படும் துளைகள் வழியாக, தண்டுவடத்திலிருந்து வரும் நரம்பிழைகள், கூபகக் குழிவினுட் சென்று இனப்பெருக்க உறுப்புக்களுக்கு நரம்பூட்டம் அளிக்கின்றன.

திரிகத்தின் குவிந்த பின்பரப்பு கரடுமுரடாக இருக்கிறது. இதில் 3 நீளவாட்ட முகடுகள் காணப்படுகின்றன. மத்திய முகட்டில் முள்ளெலும்பின் இணைந்த முனைப்புப் பகுதி காணப்படுகிறது. பக்கவாட்டு முகடுகள் முனைப்பாக இல்லை, அவை, திரிக முள்ளெலும்புகளின் இணைப்புப் பரப்பு ஒன்று படுவதால், உண்டாகின்றன. மத்திய திரிக முகட்டின் இரண்டு பக்கங்களிலும், பின்புற திரிகத் துளைகள் நான்கு ஜோடிகளாக உள்ளன. திரிகத்தின் வழியாக திரிகக் கால்வாய் கீழ் நோக்கிச் செல்கிறது. இது முதுகெலும்புக் கால்வாயுடன் தொடர்ந்து இருக்கிறது. திரிகக்கால்வாயின் கீழ்நுனி, திரிகத்தின் கீழ்ப்பகுதியின் பின்புறப்பரப்பில் திறக்கிறது.

திரிகத்தின் அடிப்பகுதி (முதல் திரிக முள்ளெலும்பின் பரப்பு) 5 வது கீழ் முதுகு முள்ளெலும்புடன் இணைந்துள்ளது. திரிகத்தின் புறமுனைப்பு (புரமாண்டோரியம்), திரிக அடிப்பகுதியின் முன்பரப்பில் அமைந்துள்ளது. 5 வது கீழ் முதுகு முள்ளெலும்பின் முனைப்புப் பகுதிக்கும், மத்திய திரிக முகட்டின் துவக்கத்திற்கும் இடையே உள்ள ஒரு பள்ளத்தை, தொட்டு அறியலாம். இந்தப் பள்ளத்தை கூபக அளவைகளுக்கு ஒரு எல்லைக் குறிப்பாகக் கொள்ளலாம். திரிகத்தின் மேற்புறப் பக்கங்களில் முரடான இணைப்புப் பரப்புகள் காணப்படுகின்றன. இலியத்துடன் இது

இணைகிறது. திரிகத்தின் கீழ்நுனிவால் முள்ளெலும்புடன் சேருகிறது.

வால் எலும்பில் 4—5 மிகச் சிறிய முள்ளெலும்புகள் உள்ளன. இவை முள்ளெலும்புத் தண்டுக்கு கீழ் நுனியாக அமைகின்றன.

கூபக மூட்டுக்கள் (இடுப்பு மூட்டுக்கள்)

கூபக எலும்புகள், பூப்பிணைப்பு மற்றும் திரிக இலியாக், திரிக வால் எலும்பு மூட்டுக்கள் ஆகியவற்றின் மூலம் இணைக்கப்படுகின்றன. எலும்புகளுக்கிடையே குருத்தெலும்புகள் காணப்படுகின்ற, பலமான பந்தகங்களால் உறுதியாக உள்ளன.

பூப்பிணைப்பு ஓரளவே அசையக் கூடிய ஒரு மூட்டு ஆகும். (அரை மூட்டு எனலாம்) மத்தியக் கோட்டில் இரண்டு பூப்பெலும்புகளும் ஒரு குறுத்தெலும்பு மூலமாக சந்திக்கின்றன. இதனிடையே காணப்படும் ஒரு சிறிய பிளவில் ஒரு திரவம் காணப்படுகிறது. கர்ப்பத்தின் போது இந்தப் பிளவு அகலமாகிறது.

பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பில், மேற்புற பூப்புப் பந்தகம் காணப்படுகிறது. கீழ்விளிம்பில் வில் பந்தகம் எனப் படும் வளைவான நாரிழை பட்டை காணப்படுகிறது. முன்புற மற்றும் பின் புற பந்தகங்கள், பூப்பிணைப்பின் உட்புற, வெளிப்புறப் புரப்புகளில் காணப் படுகின்றன.

திரிக இலியக் மூட்டுகளில், மிகவும் குறுகலான ஒரு குழிவு காணப்படுகிறது. இவை, பெரும்பாலும் அசையா மூட்டுக்களாகும். முரட்டுத்தனமான இணைப்புப் பரப்புகள் மற்றும் உறுதியான பந்தகங்கள் இருப்பதால் அவற்றில் இணைப்பே இல்லை.

இரண்டு ஜோடி பந்தகங்கள் மிகவும் முக்கியமானவை:—இஸ்கிய முனைப்புகளையும், திரிகத்தின் கீழ்ப்பகுதியையும் இணைக்கும் திரிக தண்டுவட பந்தகங்கள்; வால் எலும்பிலிருந்தும், திரிகத்தின் கீழ்ப்பகுதியிலிபிந்தும் வரும் திரிகட்யூபரல் பந்தகம், இஸ்கிய புடைப்புகளுக்குச் செல்கிறது. இந்த இரண்டு பந்தகங்களும், இரண்டு சயாடிக் குடைவுகளை மூடி, இரண்டு பெரிய, சிறிய இஸ்கியத் துளைகளை உண்டாக்குகின்றன. இதன் வழியாக தசைகளும், நாளங்களும், நரம்புகளும் உட்செல்லுகின்றன.

திரிகவால் எலும்பு மூட்டு, ஓரளவு அசையக் கூடியது. பிரசவத்தின் போது, சிசு கூபகத்தின் வழியாகச் செல்லும் போது, வால் எலும்பு பின்னோக்கி அசைவதால் பூப்பிணைப்பின் கீழ்விளிம்பிலிருந்து, வால் எலும்பின் நுனிவரையிலான தூரம் 1.5—2 செ. மீ. அதிகமாகிறது.

போலி (பொய்) கூபகம்

பெண்ணின் கூபகம் இரண்டு பிரிவாகப் பிரிக்கப்படுகிறது. பெரிய அல்லது போலி கூபகம்; சிறிய அல்லது உண்மையான கூபகம். போலி மற்றும் உண்மைக் கூபகத்திற்கும் இடையேயான எல்லை வரையறை வருமாறு:—முன்புறமாக பூப்பு மற்றும் பூப்பிணைப்பு ஆகியவற்றின் மேல் விளிம்புகள்; பக்கவாட்டாக, பெயரிடப்படாத கோடு, பின்புறமாக திரிகத்தின் புறமுனைப்பு. பெரிய, சிறிய கூபகத்திற்கு இடையேயான மட்டத்தளம், கூபக அல்லது பேறுகால நுழைவாயில் எனப்படுகிறது. (கூபகத்தின் மேற்புற ஒடுக்கமான இடுக்கு எனவும் கூறப்படுகிறது) இது, பேறுகால முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது.

பொய் கூபகம் உண்மைக் கூபகத்தை

விட அகலமாக இருக்கிறது. அதன் எல்லைகள் வருமாறு:—பக்கவாட்டில் பெரிய, விசிறி போன்ற இலியாக் எலும்புகள், பின்புறமாக, கடைசி கீழ்முதுகு முள்ளெலும்பு, முன்புறமாக, வயிற்றுச் சுவரின் கீழ்ப்பகுதி.

பொய்கூபகத்தின் கொள்ளளவு, வயிற்றுத் தசைகளின் சுருக்க நிலையையோ அல்லது தளர்ந்த நிலையையோ பொறுத்துள்ளது.

பொய்கூபகத்தை எளிதில் அளவிடலாம்; அதன் விட்டங்கலை, ஓரளவு துல்லியமாக நிர்ணயிக்கலாம். சிறிய கூபகத்தின் அளவை, அதன் விட்டங்கள் சுட்டிக் காட்டுகின்றன. அவற்றை நேரடியாக அளவிட முடியாது. எனினும் குழந்தை பிறப்பின் போது சிசு கடந்து செல்லும் உண்மைக் கூபகத்தின் விட்டங்களை தெரிந்திருப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். (பொய் கூபகத்தின் விட்டங்களை வரும் பக்கங்களில் காண்க)

உண்மையான கூபகம்

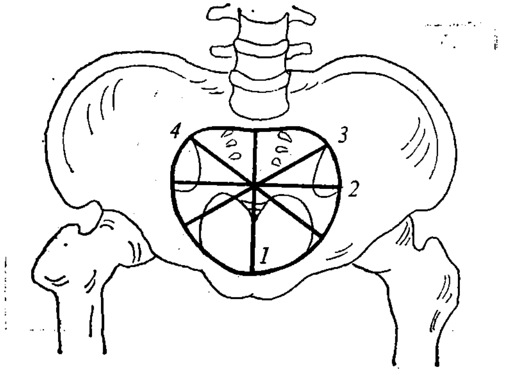
சிறிய கூபகத்தின் தளமட்டங்களும் விட்டங்களும். பிறப்புப் பாதையின் எலும்புப் பகுதியே, உண்மைக் கூபகமாகும். அதன் எல்லைகள் வருமாறு:— பின்புறமாக திரிகமும் வால் எலும்பும்; பக்கவாட்டில் இஸ்கிய எலும்புகள்; முன்புறமாக பூப்பும், பூப்பிணைப்பும். உண்மைக் கூபகத்தின் பின்சுவர் முன் சுவரை விட மூன்று மடங்குகள் நீளமாக உள்ளது. சிறிய கூபகத்தின் மேற்பகுதி, ஒரு தொடர்ச்சியான உறுதியான வளையமாகும். கூபகத்தின் கீழ்பகுதி தொடர்ச்சியாக இல்லை; இதில் ஆப்டுரேடார் துளையும், சயாடிக் குடைவுகளும் உள்ளன. இவற்றை இரண்டு ஜோடி பந்தகங்கள் கட்டுபடுத்துகின்றன. (திரிகதண்டுவட, திரிகடியூபரல் பந்தகங்கள்)

சிறிய கூபகத்தின் கீழ்க்கண்ட பகுதிகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன:—கூபக நுழைவாயில், கூபகக்குழிவு, கூபக வெளிவாயில். கூபகக் குழிவினுள் அகன்ற பகுதிகளும், குறுகலான பகுதிகளும் காணப்படுகின்றன. இதைத் தொடர்ந்து, நான்கு மட்டத்தளங்களும் இருக்கின்றன: 1) நுழைவாயிலின் கூபகத்தளம் 2) விகன்ற கூபகத்தளம் 3) குறுகிய கூபகதளம் 4) கூபக—வெளிவாயில் தளம்.

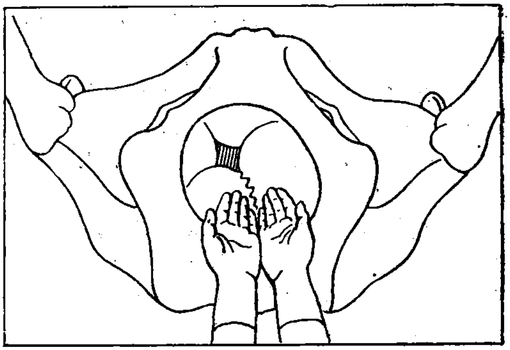
நுழைவாயிலின் கூபகத்தளம் (மேற்புற கூபகத்தளம்) முன்புறமாக பூப்பாலும், பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பாலும், பக்கவாட்டில் பெயரிடப்படா கோடாலும், பின்புறமாக திரிக புறமுனைப்பாலும் எல்லைக் கோடிடப்பட்டுள்ளது. நுழைவாயில் தளம், அமைப்பில் சிறுநீரகம் போன்று இருக்கிறது அல்லது திரிகபுற முனைப்புக்கு இணையான ஒரு பள்ளத்துடன் குறுக்கான முட்டை வடிவமாக இருக்கிறது. நுழைவாயிலுக்கு, முன்புற பின்புற, குறுக்கு, சாய்வான (இரண்டு) விட்டங்கள் உள்ளன. (படம் 25)

1) திரிக புறமுனைப்பிலிருந்து, பூப்பிணைப்பின் உட்பரப்பின் பிரதான புள்ளி வரை உள்ள தூரமே முன்புற பின்புற விட்டமாகும். இது தான் பேறு கால அல்லது உண்மையான இணைப்பளவு ஆகும். (காஞ்சுகேட் வீரா)

திரிக புறமுனைப்பில் இருந்து, பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பின் மத்திப் புள்ளி வரை உள்ள தூரமே உடற்கூற சார்ந்த இணைப்பளவு ஆகும். பேறு கால இணைப்பளவை விட, உடற்கூறு இணைப்பளவு 0.3—0.5 செ.மீ. நீளமாக உள்ளது.



படம் 25: கூபக நுழைவாயிலின் விட்டங்கள்
1. முன்புற பின்புற விட்டம் (உண்மையான இணைப்பளவு) 11 செ.மீ
2. குறுக்கான விட்டம் 13 செ. மீ
3. இடது சாய்வான விட்டம் 12 செ. மீ
4. வலது சாய்வான விட்டம் 12 செ. மீ



படம் 26. கூபகத்தின் சாய்வு விட்டங்களை நிர்ணயித்தல்
தலையின் நடுக்கோட்டிற்கு இணையாக உள்ள இடது கையின்
மட்டத் தளந்தான் இடது சாய்வு விட்டம்

உண்மையான இணைப்பளவு சகஜமாக 11 செ.மீ.ஆகும்.

2) பெயரிடாக் கோட்டின் மிகவும் அப்பலுள்ள பகுதிக்கிடையேயான தூரம் தான், குறுக்கு விட்டமாக உள்ளது. (13 செ.மீ)

3) சாய்வு விட்டம்:—12 செ.மீ நீளமுள்ள ''வலது'', ''இடது'' என இரண்டு சாய்வு விட்டங்கள் உள்ளன. பூப்பெலும்பின் இடது இலியோபெக்டினியல் முனைப்பிலிருந்து, வலது திரிக—இலியாக் மூட்டு வரையிலான நீளம், வலது சாய்வு விட்டம் எனப்படுகிறது. வலது இலியோபெக்டினியல் முனைப்பிலிருந்து, இடது திரிக—இலியாக் மூட்டு வரையிலான தூரம் இடது சாய்வு விட்டம் எனப்படுகிறது. மகப்பேறு மருத்துவர்கள் சாய்வு விட்டத்தைப் பற்றி தெளிவாகத் தெரிந்து கொள்ள எம். எஸ். மாலினோவ்ஸ்கியும், எம். ஜி. குஷ்னீரும் கீழ்க்கண்ட முறையை விவரிக்கின்றனர்:—(படம் 26) நேர் எதிர்கோணத்தில் இரண்டு கைகளும் வைக்கப்படுகின்றன. (உள்ளங்கைகள் ஒன்றையொன்று பார்த்து இருக்க வேண்டும்) மல்லார்ந்து படுத்திருக்கும் பெண்ணின் கூபக வெளிவாயில் திசையில் விரல்கள் நகர்த்தப்படுகின்றன. இடது, கையின் மட்டத்தளம், இடது சாய்வு விட்டத்திற்கு இணையாக இருக்கும். வலதுகை, வலது சாய்வு விட்டத்திற்கு இணையாக இருக்கும்.

அகன்ற கூபக மட்டத்தளம். இதன் எல்கைகளாவன: முன்புறமாக பூப்பிணைப்பின் உட்பகுதி; பக்கவாட்டில் அசடாபுலத்தின் மத்திய பகுதி, பின்புறமாக இரண்டாவது, மூன்றாவது திரிக முள்ளெலும்பு சந்திக்கும் பகுதி.

அகன்ற கூபக மட்டத்தளத்திற்கு, முன்புற பின்புற விட்டமும், குறுக்கான விட்டமும் உண்டு.

1) பூப்பிணைப்பின் உட்புறத்திலிருந்து, இரண்டாவது மூன்றாவது திரிக முள்ளெலும்பு சந்திக்கும் புள்ளி வரை

யிலான தூரம், முன்புற பின்புற விட்டமாகிறது. இது 12.5 செ. மீ. உள்ளது.

2) அசடாபுலத்தின் மேற்பாகங்களின் இடையேயுள்ள தூரம் தான் குறுக்கு விட்டமாகும். இது 12.5 செ.மீ. ஆக இருக்கிறது.

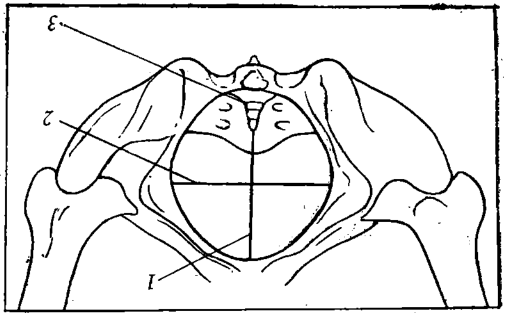
கூபகத்தின் இந்தப் பகுதியில், கூபக எலும்புகள் தொடர்ச்சியான ஒரு எலும்பு வளையத்தை உண்டாக்குவதில்லை. ஆகவே சாய்வு விட்டங்கள் இல்லை. ஆகவே விட்டத்தை 13 செ. மீ என வழக்கப்படி அனுமானித்துக் கொள்ளலாம்.

கூபகத்தின் குறுகிய மட்டத்தளத்தின் எல்லைகளாவன:—முன்புறமாகப் பூப்பிணைப்பின் கீழ்விளிம்பு; பக்கவாட்டில் இஸ்கிய முனைப்புகள்; பின்புறமாக திரிக வால் எலும்பு மூட்டு. இதற்கு முன்புற பின்புற; சாய்வு விட்டங்கள் உண்டு.

1) முன்புற பின்புற விட்டம், திரிக வால் எலும்பு முட்டையும், பூப்பிணைப்பின் கீழ்விளிம்பையும் இணைக்கிறது. (பூப்பு வளையத்தின் உச்சி) இதன் அளவு 11 செ. மீ ஆகும்.

2) இஸ்கிய முனைப்புகளின் இடையேயான தூரம் 10 செ.மீ ஆகும். இது தான் குறுக்கு விட்டமாகும்.

வெளிவாயிலின் கூபக மட்டத்தளத்தின் எல்லைகளாவன:—முன்புறமாக பூப்பிணைப்பின் கீழ்விளிம்பு, பக்கவாட்டில் இஸ்கிய புடைப்புகள், பின்புறமாக வால் எலும்பு. பொதுவான அடித்தளம் கொண்ட இரண்டு முக்கோண வடிவ அமைப்புகளால், கூபக வெளிவாயிலின் மட்டத்தளம் அமைந்துள்ள அடித்தளத்தை இரண்டு இஸ்கிய புடைப்புகள் இணைக்கின்றன. இந்தத் தளத்திற்கு முன்புற பின்புற மற்றும் குறுக்கு விட்டங்கள் உள்ளன. (படம் 27)



படம் 27. கூபக வெளிவாயிலின் விட்டங்கள்

1. முன்புற பின்புற விட்டம் 9.5—11.5 செ.மீ
2. குறுக்கு விட்டம் 11 செ. மீ
3. வால்முள்ளெலும்பு

1) வால் எலும்பின் இறுதியிலிருந்து, பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பு வரை முன்புற பின்புற விட்டம் உள்ளது. (9.5 செ. மீ) சிசு, சிறிய கூபகத்தின் வழியாகப் போகும் போது, வால்முள்ளெலும்பு பின்புறமாக 1.5—2 செ. மீ நகரும் போது, முன்புற பின்புய விட்டம் 11 செ. மீ ஆக அதிகரிக்கிறது.

2) கூபக வெளிவாயில் மட்டத்தளத்தின் குறுக்கு விட்டம், இஸ்கிய புடைப்புகளின் உட்பரப்புகளை இணைக்கிறது. அதன் அளவு 11 செ. மீ ஆகும். (அட்டவணை 1)

ஆகவே கூபக நுழைவாயிலின் பெரிய விட்டம் குறுக்கு விட்டமாகும். கூபகத்தின் அகன்ற பகுதியில் முன்புற பின்புற, மற்றும் குறுக்கு விட்டங்கள் சமமாகவே இருக்கின்றன. அதே போது, சாய்வு விட்டங்களும் பெரிதாகவே இருக்கின்றன என எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். கூபக வெளிவாயில் மட்டத்தளத்திலும், கூபகத்தின் குறுகிய பகுதியிலும் குறுக்கு விட்டத்தை விட முன்

அட்டவணை 1.

கூபகமட்டத்தளம்	விட்டம் செ. மீ.ல்.		
	முன்புறம் பின்புற	குறுக்கு	சாய்வு
கூபக நுழை வாயில்	11	13	12
அகன்ற கூபக மட்டத்தளம்	12.5	12.5	13
குறுகிய கூபக மட்டத்தளம்	11	10.5	—
கூபக வெளி வாயில்	9.5—11.5	11	—

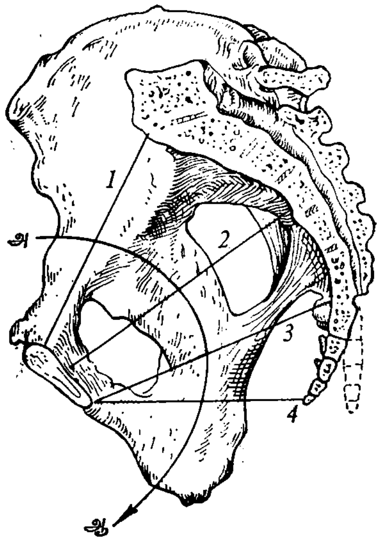
புற பின்புற விட்டம் பெரிதாக உள்ளது.

கூபக இருசு. சிறிய கூபகத்தின் எல்லா மட்டத்தளங்களும், பல்வேறு புள்ளிகளில் முன்புறமாக பூப்பிணைப்பாலும், பின்புறமாக பல்வேறு புள்ளிகளில் திரிகம் மற்றும் வால் எலும்பு ஆகியவற்றாலும் வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. வால் எலும்புடன் சேர்ந்த திரிகத்தை விட, புப்பிணைப்பு குட்டையாக இருக்கிறது. ஆகவே கூபக மட்டத்தளங்கள் முன்புறமாக சந்தித்து, பின்புறமாக விசிறி போன்று பரந்திருக்கிறது.

முன்புற பின்புற விட்டங்களை நாம் இணைத்தால், ஒரு நேர் கோட்டிற்குப் பதிலாக ஒரு வளைவே கிடைக்கிறது. முன்புற பின்புற விட்டங்களை இரண்டாகப் பிரிக்கும் வளைவே, கூபக இருசு எனப்படுகிறது. (படம் 28)

இருசின் மேற்பகுதி நேராக இருக்கிறது. ஆனால், திரிகத்தின் வளைவைப் பின்பற்றி, கீழ் நோக்கி, (பூப்பிணைப்பை நோக்கி) வளைந்து உள்ளது.

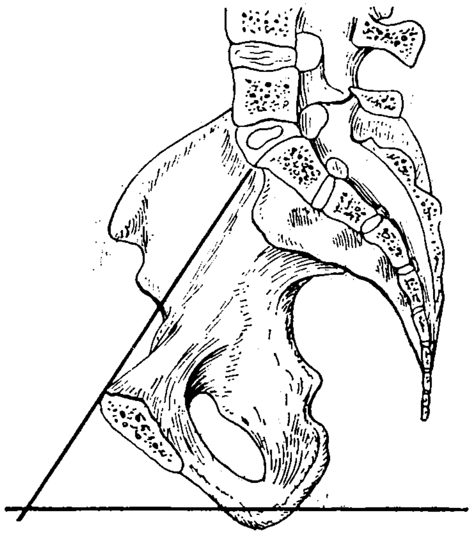
பிரசவத்தின் போது, சிசுக்கடந்து செல்லும் கூபக உருளையின் திசையை, கூபக இருசு விளக்குகிறது.



படம் 28. கூபக இருசு
1. உண்மையான இணைப்பளவு (கூபக நுழைவாயில்)
2. அகன்ற கூபக மட்டத்தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டம்
3. கூபகத்தின் மத்திய (குறுகிய) மட்டத்தளம்
4. கூபக வெளிவாயில்
அ-ஆ கூபக இருசு

கூபகக்கோணம் ஒரு பெண் நிமிர்ந்து நிற்கும் போது, பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பு, திரிக புற முனைப்புக்குக் கீழாக இருக்கிறது. உண்மையான இணைப்பளவு, சகஜமாக 55—60° கோணத்தில் சாய்ந்து இருக்கிறது. நுழைவாயிலின் கூபக மட்டத்தளத்திற்கும் இடைமட்டத்தளத்திற்கும் இடையேயான தொடர்பு, கூபக கோணம் எனப்படுகிறது. (படம் 29)

சாய்வின் அளவு, உடல் வாகைப் பொறுத்து உள்ளது. உடல் இயக்கம் மற்றும் உடல் தோரணை ஆகிய பல அம்சங்களைப் பொறுத்து சாய்வின்



படம் 29. கூபகக் கோணம்

அளவு மாறுபடுகிறது. எடுத்துக்காட்டாக, கர்ப்பத்தின் இறுதியில் கர்ப்பப் பெண்ணின் புவி ஈர்ப்பு மையம், தள்ளப்படுகிறது. கூபகக் கோணமும் 3—4° அதிகரிக்கிறது. கூபக நுழைவாயில், தோற்றத்தின் பகுதி, கால தாமதமாக நிலைபெறுவதால், கர்ப்பத்தின் போது வயிறு தொங்குகிறது. இதற்குக் காரணம் சாய்வின் பெரிய கோணமாகும். இத்தகைய கேசுகளில் பிரசவம் மெதுவாகவே இருக்கிறது. சிசுவின் தலை, தவறான நிலையிலேயே தோன்றுகிறது; விடபம் கிழிந்து படலாம். (விடபம் எனப்படும் பிட்டி அடிப்பகுதிதான் பெரினியம் எனப்படுகிறது. மொ—ர்)

மல்லார்ந்த நிலையில், பெண்ணின் திரிக கீழ்முதுகுப் பகுதியினடியில் ஒரு திண்டை வைத்தால், கூபகக் கோணத்தைகூட்டவோ, குறைக்கவோ மாற்றலாம். கீழ்முதுகுப் பகுதியை உயர்த்தினால் கூபகச் சாய்வு கோணம் அதிகரிக்கிறது. திரிகத்தை உயர்த்தினால் கோணம் குறைகிறது.

கூபக விட்டங்களின் மீது உடல் நிலையின் விளைவு. கர்ப்பத்தின் போது கூபக மூட்டுக்களில் மாற்றங்கள் தோன்றுகின்றன. பூப்பிணைப்பின் குருத்தெலும்பு மிகையாக நீர்மமடைந்து, இணைந்த எலும்புகளின் இடையேயான குழிவு அதிகரிக்கிறது. பூப்பிணைப்பு மற்றும் திரிக இலியாக் மூட்டுக்களின் இணைப்பு உறைகளும், பந்தகங்களும் விரிவடைகின்றன. கூபக மூட்டுக்களின் இந்த மாற்றங்களால், மூட்டுக்கள் அதிகமாக அசைய முடிகின்றனது. இதனால் கூபகத்தின் வழியாக சிசு சகஜமாகச் செல்ல உறுதியளிக்கப்படுகிறது.

கர்ப்பத்தின் போதான மூட்டுக்களில் தோன்றும் மாற்றங்கள், உடல் நிலையை மாற்றுவதால், கூபக விட்டங்களையும் மாற்ற வழிவகுக்கின்றன.

வால்செரின் உடல் அமர்வு நிலை பிரசவப் பெண் (ஈனுகிற நிலையில் உள்ள பெண்) மல்லார்ந்து படுக்க வைக்கப்படுகிறாள். இதனால் அவளது வால் முள்ளெலும்பு, உயரமான படுக்கையின் அல்லது மேசையின் ஓரவிளிம்பில், அமைகிறது. கால்கள், தரையைத் தொடாதவாறு, தொங்கிக் கொண்டு இருக்கின்றன. இந்த நிலையில் உண்மையான இணைப்பளவு (கூபக நுழைவாயில்) 0.3—0.5 செ.மீ நீளம் அதிகரிக்கிறது. இத்துடனேயே, கூபக வெளிவாயில் விட்டம் குறைகிறது. கால்களை மேல் நோக்கித் தூக்கினால் (முழங்கால்களை மடித்து, தொடைகள் மடக்கப்பட்டு வயிற்றைத் தொட வேண்டும்), கூபக வெளிவாயிலின் விட்டம் ஓரளவு அதிகரிக்கிறது.

குறுகிய கூபகம் கொண்ட பிரசவ பெண்களுக்கு, இந்த உடல் அமர்வு நிலை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

கூபகத்தின் உருவாக்கம்

கர்பப்பபையின் துவக்க உள்வாழ்வின் துவக்கத்தில், வருழ்காலக் கூபகம், மற்றும் எல்லா எலும்புகள், குருத்தெலும்பாகவே இருக்கின்றன. கர்ப்பப்பை உள்வாழ்வின் போது, திரிக முள்ளெலும்பு, என்புநிலை அடையத் துவங்குகிறது. முழுமையான என்புநிலை 17—25 வயதிலேயே முடிவு பெறுகிறது. 20 வயது வரை, வால்முள்ளெலும்பு என்பு நிலையடைந்து கொண்டிருக்கிறது.

இலியம், மற்றும் இஸ்கியம், பூப்பு எலும்பு ஆகியவற்றை பெயரில்லா எலும்புடன் இணைக்கும் குருத்தெலும்பு, பருவமடையும் போது, என்பு நிலையடைகிறது.

பிறந்த பெண்ணின் கூபகமும், பருவமடைந்த பெண்ணின் கூபகமும் அளவிலும், அமைப்பிலும் வேறுபடுகிறது. பிறந்த பெண்ணின் திரிகம் நேராகவும், குறுகியும் கீழ்நோக்கியும் அமைந்திருக்கிறது. அதேபோது, திரிகபுறமுனைப்பு காணப்படுவதில்லை. அதன் மட்டத்தளம் கூபக நுழைவாயிலுக்கு மேலாகவே இருக்கிறது. சிறிய கூபகத்திலுள்ளான நுழைவாயிலின் தளமட்டம் முட்டை வடிவமாக இருக்கிறது. இலியாக எலும்புகளின் சுவர்கள் நேராகவே இருக்கின்றன. கூபக உருளை அதன் வெளிவாயில் நோக்கி குறுகியே இருக்கிறது.

குழந்தை வளர்ச்சியடையும் போது, கூபகத்தின் அளவும் அமைப்பும் பெருமளவில் மாறுபாடடைகின்றன.

முழுமையான உடலைப் போன்றே, கூபகத்தின் வளர்ச்சியும் சுற்றுப்புற, பரம்பரை அம்சங்களைப் பொறுத்துள்ளது. குழந்தைப் பருவத்தில் உட்காருவது, நிற்பது, நடப்பது ஆகியவை, கூபக வளர்ச்சிக்கு மிக முக்கிய அம்சங்களாகும்.

குழந்தை உட்காரத் துவங்கும் போது, எடையின் கீழ்நோக்கிய தள்ளல், கூபகத்திற்கு எதிராகச் செல்கிறது. (தண்டுவடக்கால்வாய் வழியாக) குழந்தை எழுந்து நின்ற நடமாடத் துவங்கியவுடன், கூபகத்தின் மீது கால்களின் அழுத்தமும், அதிகரிக்கிறது. கீழ்நோக்கிய அழுத்தத்தின் விளைவாக, திரிகம் முன்னோக்கி நகருகிறது. கூபகக் குழிவை நோக்கிச் செல்கிறது. கூபகம், படிப்படியாக அளவில் அதிகரிக்கிறது. கூபகத்தின் குறுக்கு விட்டங்கள் படிப்படியாக அதிகரித்து, முன்புற பின்புற விட்டங்கள் குறைகின்றன. கீழ்நோக்கித் தள்ளலை எதிர்க்கும் திரிகம், அதன் கிடைமட்ட இருசில் சுழலுவதால், அதன் புறமுனைப்பு கீழ்நோக்கிச் சென்று கூபகக் குழிவை அடைகிறது. கூபக நுழைவாயில், படிப்படியாக குறுக்கான முட்டை வடிவத்தை பெறுகிறது. புறமுனைப்புப் பகுதியில் ஒரு வெற்றிடம் தோன்றுகிறது. திரிகம், தனது கிடைமட்ட இருசில் சுழலும் போது, அதன் உச்சி பின்புறமாகத் தள்ளப்படாமல், முந்திய நிலையிலேயே, திரிக தண்டுவட மற்றும் திரிக டியூபரல் பந்தகங்களின் உதவியால், நிலைத்திருக்கிறது. வயது வந்த பெண்ணுக்கு கரித்தான திரிக வளைவு கிடைக்கிறது.

கர்ப்பப்பை உள்வளர்ச்சியின் போதான கோளாறுகளால், கூபகத்தின் சகஜ வளர்ச்சி தடைபடுகிறது. நோய்கள், தவறான போஷாக்கு (அல்லது பற்றாக் குறை போஷாக்கு), தாயின் மற்ற வியாதிகள் ஆகியவை, குழந்தையின் கூபக வளர்ச்சிக்குத் தடையாக அமைகின்றன.

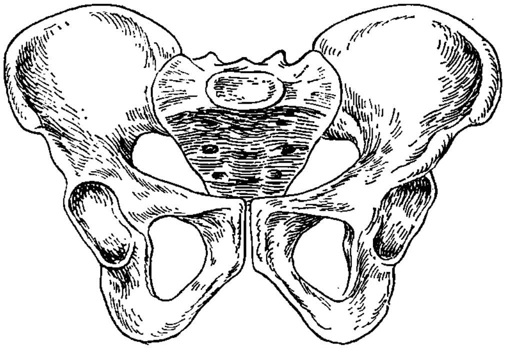
குழந்தைப் பருவ மற்றும் நிறை பருவ காலத்தின் சில நோய்களும் கூப

கத்தின் வளர்ச்சிக்குப் பாதகமாக அமைகின்றன. அவையாவன:—ரிக்கட்ஸ், பல்வேறு எலும்பு அழற்சிகள், மூட்டுக்களின் அழற்சிகள், முதுகெலும்பு பக்க வளைவை ஊக்குவிக்கும் நிகழ்வுகள், தொடை எலும்பின் பிசகல், கால்களின் எலும்பு முறிவுகள், கூபக எலும்பு முறிவு, கால்களை துண்டிக்கும் அறுவை முறை முதலியன. இவை, கூபகத்தின் சகஜ உருவ அமைப்பை நிலை குலைக்கின்றன.

கூபகம் முதிர்ச்சியடைவதில் ஏற்படும் கால தாமதம், அதன் சீர்குலைந்த உருவமைப்பு ஆகியவற்றால், பிரசவமும் சிரமமாகிறது; பேறு காலத்தின் போது தவிர்க்க முடியாத சிக்கல்கள் ஏற்படுகின்றன.

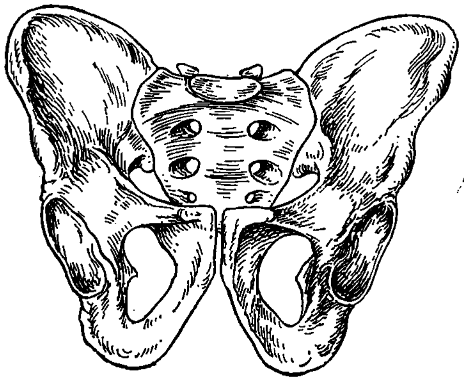
ஆண், பெண் கூபகங்களுக்கிடையிலான வேறுபாடுகள்.

வயது வந்த ஒரு பெண்ணின் கூபகம், ஆணின் குபகத்தை விட பெருமளவில் மாறுபட்டுள்ளது. பெண் கூபக எலும்புகள் மெல்லியதாகவும், மழமழப்பாகவும், அளவில் சிறிதாகவும் உள்ளன. (படம் 30)



படம் 30. பெண்ணின் கூபகம்

பெண்ணின் கூபகம், ஆணினதை விட அகலமாகவும், சிறிதாகவும் உள்ளது. (படம் 31) பெண்ணின் திரிகம் அகலமா



படம் 31. ஆணின் கூபகம்

கவும், பின்புறமாகவும் அமைந்துள்ளது. அதே போது ஆணின் திரிகபுற முனைப்பு, பெண்ணினதைவிட, கூபகத்தினுள் துருத்தி இருக்கிறது. பெண்ணின் பூப்பிணைப்பு குட்டையாகவும் அகலமாகவும் உள்ளது. பெண்களில் கூபக நுழைவாயில் பெரிதாகவும், முட்டை வடிவமாகவும், திரிகபுற முனைப்பில் ஒரு பள்ளத்துடனும் காணப்படுகிறது. ஆனால் ஆணின் கூபக நுழைவாயில் சீட்டுக்களில் காணப்படும் இருதயம் போன்று இருக்கிறது (திரிக புறமுனைப்பு, பெரிதாக உள்ளது)

பெண்ணின் உண்மையான கூபகம் அகலமாகவும், முன்புறத்தில் குறுகிய ஒரு உருளை வடிவத்துடனும் இருக்கிறது. ஆணின் கூபகமோ, சிறிதாகவும், பெய்குழல் வடிவிலும், கீழ்புறமாகக் குறுகியும் இருக்கிறது.

பெண்ணின் கூபக வெளிவாயிலின் குறுக்கு விட்டம் பெரிதாக உள்ளது. ஏனெனில் அ) இஸ்கியப்புடைப்புகளுக்கிடையேயான தூரம் அதிகமாக உள்ளது. ஆ) ஆண்களை விட பூப்பெலும்புக் கோணம் அகலமாக (90—100°)

உள்ளது. ஆண் கூபகத்தில் உள்ளதை விட பெண்ணின் வால் எலும்பு முன்புறமாக சிறிதாக இருக்கிறது.

மேலே விவரிக்கப்பட்ட பெண் கூபகத்தின் தன்மைகள், பிரசவத்தின் போது சிசு எளிதாக வெளியேற வழி வகுக்கின்றன.

கூபகத் தசைகள். கூபகத் தசைகள், வெளிப்பக்கத் தசைகள் எனவும், கூபக அடித்தளத் தசைகள் எனவும் பிரிக்கப்படுகின்றன.

வெளிப் பக்கத் தசைகள், கூபகத்தின் கொள்ளளவைப் பாதிக்காதபடி அமைக்கப்பட்டுள்ளன.

பொய் கூபகத்தின் உள்ளே, இரண்டு ஜோடி வெளிப்பக்கத் தசைகள் உட்புற இலியாக் தசை, பெரிய சோவாஸ் தசை காணப்படுகின்றன.

உட்புற இலியாக் தசை அகலமான ஒன்று. இலியாக் முகட்டிலிருந்து உருவாகி, இலியாக் குழியின் மேல் போர்த்தி பெரிய சோவாஸ் தசையுடன் சேருகிறது.

பெரிய சோவாஸ் தசை, ஒரு நீண்ட தசையாகும் இது, 12வது மார்பு முள்ளெலும்பு மற்றும் மேற்புறமான 4 கீழ் முதுகு முள்ளெலும்புகள் ஆகியவற்றின் பக்கவாட்டுப் பரப்பில் உருவாகிறது. இது, பொய் கூபகத்தின் உள்ளிறங்கி உட்புற இலியாக் தசையுடன் இணைகிறது. இரண்டு தசைகளும், சேர்ந்து, இலியோ சோவாஸ் தசையாகி, தொடையிடை பந்தகத்தின் கீழே சென்று, தொடை எலும்பின் சிறிய கண்டில் முடிகிறது.

சிறிய கூபகத்திற்கான நுழைவாயில், இலியோசோவாஸ் தசைகளின் ஓரங்களால், ஓரளவே மூடப்படுகிறது. வெளிப்பக்கத் தசைகள் (பைரிஃபாம், உட்புற ஆப்ரேட்டார் தசை), உண்மை கூபகத்தின் பக்கச் சுவர்களை அதன் கொள்ளளவை குறைக்காமல்—போர்த்துகின்றன.

பைரிஃபாம் தசை, திரிகத்தின் முன் பரப்பில் துவங்கி, குறுக்கு வாட்டில் பரவி, பெரிய சயாடிக் துளை வழியாக கூபகத்தை விட்டு வெளியேறி, தொடையி எலும்பின் பெரிய கூண்டில் முடிகிறது.

உட்புற ஆப்டுரேடார் தசை, ஆப்டுரேடார் துளையில் துவங்கி, சிறிய சயாடிக் துளை வழியாக, கூபகத்தை விட்டு வெளியேறி, தொடை எலும்பின், இரண்டு கண்டுகளுக்கிடையே முடிகிறது.

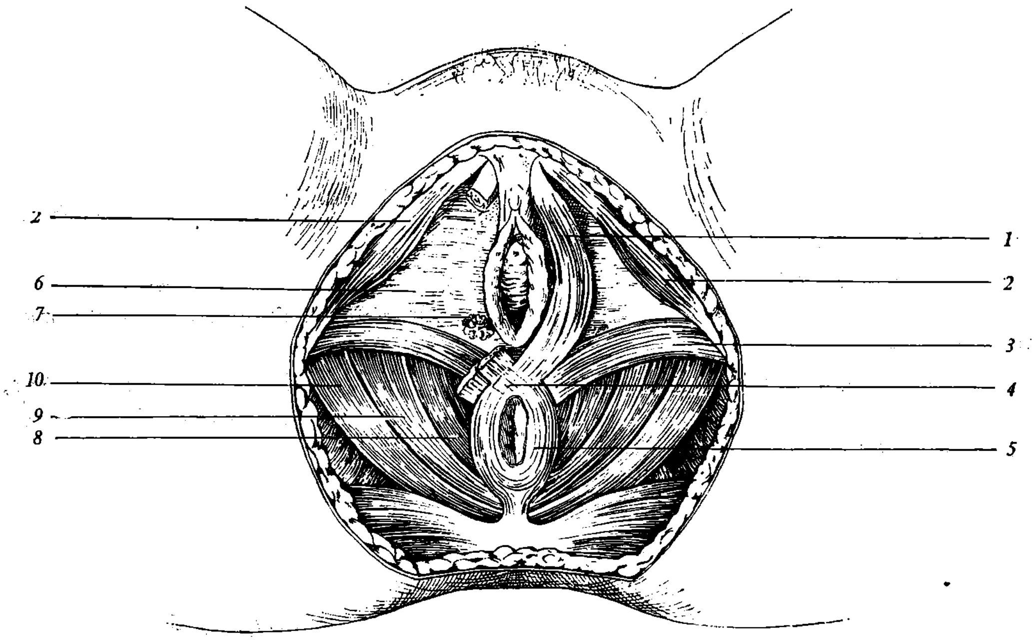
கூபக அடித்தளம் கூபக வெளிவாயில், கூபக அடித்தளம் எனப்படும் தசை—திசுத்தகட்டுப் படலத்தால் மூடப்பட்டுள்ளது. கூபக அடித்தளத்தின் ஒரு பகுதியின் முன்புறத்தில் பின்புற இணைப்பும், பின்புறத்தில் குதமும் காணப்படுகிறது. இதை பேறுகால அல்லது முன்புற விடபம் என்கிறோம். (பின்புற விடபம் (பிட்டி அடிப்பகுதி) குதத்திற்கும், வால் முள்ளெலும்புக்கும் இடையே காணப்படும், கூபக விடித்தளத்தின் ஒரு பகுதியாகும்)

கூபக அடித்தளம், திசுத்தகடுகளால் மூடப்பட்ட மூன்று விடுக்குத் தசைகளால் ஆனது. (படம் 32)

கீழ் (வெளிப்புற) அடுக்கில், விடபநாண் மையத்தில் சந்திக்கும் தசைகள் காணப்படுகின்றன. ''8'' போன்ற வடிவத்தில் அமைக்கப்பட்ட அத்தசைகள், கூபக எலும்புகளிலிருந்து தொங்குகின்றன.

1) பல்போகேவர்னஸ் தசை, யோனியின் முகப்பைச் சுற்றியுள்ளது. விது, விடப நாண் மையத்திலும், கந்துவிலும் பொருந்தியுள்ளது. இத்தசை சுருங்கும் போது, விது முகப்பையும் சுருக்குகிறது.

2) இஸ்கியோகேவர்னஸ் தசை, இஸ்



படம் 32. கூபக அடித்தளத் தசைகள் 1. பல்போகேவர்னஸ் தசை. 2. இஸ்கியோ கேவர்னஸ் தசை 3. விபடத்தின் மேலார்ந்த குறுக்குத் தசை 4. விடப நாண் மையம் 5. குதசுருக்குத் தசை 6. சிறுநீர் தடய—பிறப்புறுப்புப் பிரிதிரை 7. பார் தோலின் சுரப்பி 8 10. கூபக பிரிதிரை (உதரவிதானம்) (குத மேல்தூக்கு தசை)

கியத்தின் கீழ்கிளையில் துவங்கி, கந்துவில் பொருந்தியுள்ளது.

3) குதத்தின் வெளிப்புற சுருக்கு தசை, மலக்குடலின் இறுதிப் பகுதியுடன் ஒட்டியுள்ளது. ஆழ்ந்த தசைக்கற்றைகள், வால் எலும்பு நுனியில் துவங்கி குதத்தை தழுவி, விடப மையத்தில் முடிகிறது.

4) விடபத்தின் மேலார்ந்த குறுக்குத் தசை, இஸ்கிய புடைப்பில் துவங்கி, விடப மையத்தில் முடிகிறது.

சிறுநீர் தடய-பிறப்புறுப்பு பிரிதிரை, கூபக வெளிவாயிலின் முன் பகுதியில் காணப்படுகிறது. இது ஒரு முக்கோண வடிவ, தசைப் படல அடுக்காகும். பூப்பு வளையத்தின் பூப்பிணைப்பின் கீழ்புறமாகக் காணப்படுகிறது. பிரிதிரை, சிறுநீர் தடயபிறப்புறுப்பு நாளங்களை (சிறுநீர் புறவழி, யோனி) சூழ்ந்துள்ளது. சிறுநீர் தடய—பிறப்புறுப்பு பிரிதிரையின் முன்பகுதியின் தசைக்கற்றைகள், சிறுநீர் புறவழியைச் சூழ்ந்து, அதன் வெளிப்புற சுருக்கு தசையாக அமைகிறது. சிறுநீர் தடய—பிறப்புறுப்பு பிரிதிரையின் பின்புறத்தில் காணப்படும் தசைக் கற்றைகள், குறுக்குத் திசையில், இஸ்கிய புடைப்புகளையடைகின்றன. சிறுநீர் தடய—பிறப்புறுப்பு பிரிதிரையின் இந்தப்பகுதி, விடபத்தின் ஆழ்ந்த குறுக்குத் தசையாக அமைகிறது.

விடபத் தசைகளின் மேல் (உட்புற)

அடுக்கு, கூபக பிரிதிரை என விழைக்கப் படுகிறது. இதில் உள்ள ஒரு ஜோடி தசை, குதத்தை மேலாகத் தூக்குகிறது. (குதமேல் தூக்குதசை)

குதத்தைத் தூக்கும் இரண்டு அகலமான தசைகள், ஒரு மாடம் போன்று அமைந்து, விதன் உச்சி கீழ் நோக்கிச் சென்று; மலக்குடலின் கீழ்ப்பகுதியில் பொருந்தியுள்ளது. (குதத்திற்கு சிறிது மேலாக) மாடத்தின் அகன்ற அடித்தளம் மேல் நோக்கித் திரும்பி, கூபகச் சுவர்களின் உட்பரப்பில் பொருந்தியுள்ளது. குதத்தைத் தூக்கும் தசைக்கற்றைகளின் இடையேயுள்ள கூபகப்பிரிதிரையின் முன்பகுதியில் காணப்படும் நீள வாட்ட பிளவின் வழியாக, சிறுநீர் புறவழியும், யோனியும் செல்கிறது. குதத்தைத் தூக்கும் தசைகளில் காணப்படும் தனியான தசைக் கற்றைகள், கூபகச் சுவர்களின் பல்வேறு நுனிகளிலிருந்து துவங்குகின்றன. கூபகத் தசைகளில், மிகவும் பலம் வாய்ந்தது இந்தத் தசையாகும்.

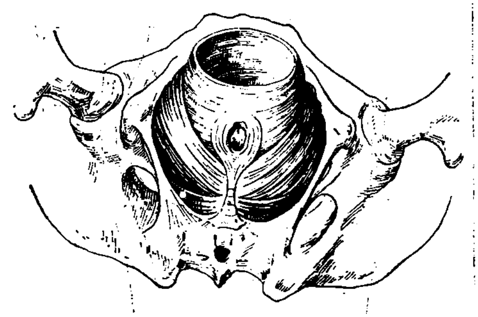
எல்லாத்தசைகளும் திசுத்தகட்டால் மூடப்பட்டுள்ளன.

திசுத்தகட்டால் மூடப்பட்ட, கூபக அடித்தளத்தசைகள் கீழ்க்கண்ட பணிகளை ஆற்றுகின்றன:

1) கூபக விடித்தளம், உட்புற பிறப்புறுப்புக்களைத் தாங்கி, சகஜ நிலையில் பேணுகின்றது. குத்தைத் தூக்கும் தசைகளுக்கு சிறப்பு முக்கியத்துவம் உண்டு. அவை சுருங்கும் போது, பிறப்புறுப்புப் பிளவு மூடுகிறது. மலக்குடல் மற்றும் யோனியின் உட்துவாரம் குறுகலடைகிறது. கூபக அடித்தளத்தின் செயலாற்றக் குறைவு, பிறப்புறுப்புக்கள் மற்றும் சிறுநீர்பை, மலக்குடல் ஆகியவற்றின் பிதுக்கத்திற்குக் காரணமாக அமைகிறது.

2) கூபக அடித்தளம், பிறப்புறுப்புக்களுக்கு மட்டுமின்றி மற்ற உள்ளுறுப்புக்களுக்கும் நிரந்தர ஆதாரமாக பணிபுரிகிறது. பிரிதிரை மற்றும் வயிற்றுச் சுவர் ஆகியவற்றுடன் சேர்ந்து, கூபக அடித்தளத் தசைகள், வயிற்றுள் அழுத்தத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதில் பங்கு கொள்கிறது.

3) பிரசவத்தின் போது, கூபகத் தசைகளின் மூன்று விடுக்குகளும் விரிவடைந்து, ஒரு அகலமான குழலாக மாறி, பிறப்புப் பாதையின் தொடர்ச்சியாக அமைகிறது. (படம் 33)



படம் 33. சிசு வெளிப்படும்போது கூபக அடித்தளத் தசைகள்

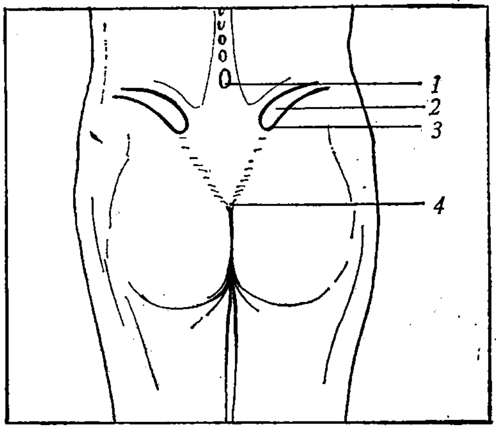
பிரசவத்தின் பின்னர், கூபகத் தசைகள் சுருங்கி, முந்தைய நிலையை அடைகின்றன.

கூபகத்தின் அளவைகளும் பரிசோதனையும்

கூபகத்தின் பரிசோதனை, பேறு கால முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது. ஏனெனில் அவற்றின் விமைப்பும், விட்டழ்களும், பிரசவத்தின் போது குறிப்பான விளைவுகளை ஏற்படுத்துகின்றன. சகஜமான பிரசவத்திற்கு, சகஜமான ஒரு கூபக அமைப்பில் ஏற்படும் விகாரங்கள், குறிப்பாக மிகச் சிறிய கூபகம், சிரமப் பிரசவத்திற்கு ஒரு காரணமாக அமைகிறது. அல்லது ஒழுங்கான முறை

யில் பிரசவம் நடைபெற, தவிர்க்க முடியாத ஒரு தடங்களை உண்டு பண்ணுகிறது. கூர்ந்து நோக்கல், தொட்டுப் பார்த்தல், அளவிடுதல் ஆகியவை, கூபகப் பரிசோதனையில் அடங்கும்.

கூபகத்தின் எல்லா அம்சங்களும் மிகவும் முக்கியமாகும். அதிலும் மைகேலிசின் சாய்சதுரத்திற்கு அதிகமான முக்கியத்துவம் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.



படம் 34. மைக்கேலிசின் சாய்சதுரம் 1. 5வது கீழ்முதுகு முள்ளெலும்பின் முனைப்பு 2. இலியாக் முகடு 3. மேற்புற பின்புற முனைப்பு 4. திரிக நுனி

திரிகத்தின்பின்பரப்பில் உள்ள வைர வடிவ ஒரு பகுதியாகும். 5 வது கீழ்முதுகு முள்ளெலும்பின் முனைப்புக்கும், திரிக முகட்டின் நடுக்கோடு துவங்கும் இடத்துக்கும் மத்தியிலுள்ள ஒரு பள்ளம் தான் விதன் மேற்கோணம் ஆகும். இலியத்தின் பின்புற மேறிபுற முனைப்புகள் தான் அதன் பக்கவாட்டுக் கோணங்களாகும். திரிகத்தின் வச்சி தான் விதன் கீழ் கோணம் ஆகும். சாய் சதுரத்தின் எல்லைகளாவன: மேற்புறமாகவும் பின்புறமாகவும், பெரிய முதுகுத்தசைகளின் புடைப்புகள் அமைகின்றன. கீழ்ப்புறமாகவும், பின்புறமாகவும் குண்டித் தசைகளின் புடைப்புகள் அமைகின்றன. நல்ல உடல்வாகு கொண்ட ஒரு பெண் கூபகத்தின் சாய் சதுரம், பரிசோதனையின் போது நன்கு தெரியும் ஒரு சதுரமாகும்.

உடல்வாகுவும், கூபகமும் ஒருங்கற்று இருந்தால் சாய் சதுர எல்லை தெளிவாக இராது; அதன் அமைப்பும் சீரற்று இருக்கும்.

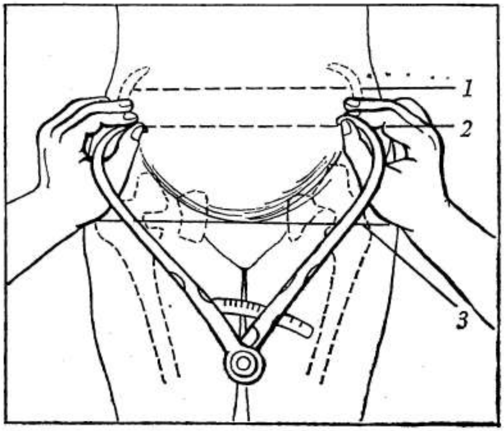
பெரிய கூபகத்தின் பேறுகாலப் பரிசோதனையில், இலியாக் முகடுகள் மற்றும் முனைப்புகள், பூப்பிணைப்பு, தொடை எலும்பின் கண்டுகள் ஆகியவற்றைத் தொட்டுப் பார்ப்பது அடங்கும். உள்ளார்ந்த பரிசோதனையில், திரிகக்குழிவின் உட்பரப்பு, கூபகத்தின் பக்கச் சுவர்கள், பூப்பிணைப்பு, திரிக புறமுனைப்பு, (இதைத் தொட்டுப் பார்க்க முடிந்தால்) ஆகியவற்றைத் தொட்டுப் பார்ப்பது அடங்கும். இந்த முறைப் பரிசோதனையில், கூபகத்தின் கொள்ளடக்கம், அமைப்பு ஆகியவை தெரிய வரும்.

கூபகத்தின் அளவைகள் மிகவும் முக்கியமானது. கூபகத்தின் விட்டங்கள் தெரிந்து விட்டால், பிரசவத்தின் போக்கு மற்றும் நிகழக்கூடிய சிக்கல்கள், ஆகியவற்றை பேறுகால நிபுணர், நிர்ணயிக்க முடியும். ஒரு குறிப்பிட்ட கூபகத்தில், தானாகவே பிரசவம் நிகழ முடியுமா என்பதையும் கணிக்க முடியும்.

கூபகத்தின் பெரும்பாலான விட்டங்களை நேரடியகவே அளவிட முடியாது. ஆகவே கூபகத்தின் வெளிப்புற அளவுகள் எடுக்கப்பட்டு, சிறிய கூபகத்தின் ஓரளவான கொள்ளளவும் அமைப்பும் கணிக்கப்படுகிறது. இதற்கென, பெல்விமீட்டர் (கூபக விளவுமானி) என்ற ஒரு கருவி பயன்படுத்தப்படுகிறது. படம் 35)

படம் 35. கூபக அளவுமானி(பெல்வி மீட்டர்)

பெல்விமீட்டரில் காணப்படும் ஒரு ஸ்கேலில், கூபக விட்டங்கள், சென்டி மீட்டரில், தரப்படுகின்றன. பெல்விமீட் டரில் காணப்படும் நீட்டங்களில் உள்ள குமிழ்கள், குறிப்பிட்ட இடங்களில் வைக்கப்பட்டு, அதன் இடையேயுள்ள தூரம் கணக்கிடப்படுகிறது. கூபக வெளிவாயில் தளத்தின் குறுக்கு விட் டத்தை அளவிட குறுக்காகச் செல்லும் கைகள் கொண்ட ஒரு சிறப்பு பெல்வி மீட்டர் இருக்கிறது. கூபகத்தை அள விட, மல்லார்ந்து கிடக்கும் பெண் ணின் வலது பக்கம், பரிசோதகர் நிற்க வேண்டும். பெல்வி மீட்டரின் குமிழ் கள், கட்டை விரலுக்கும், ஆள்காட்டி விரலுக்கும் இடையில், வைக்கப்படுகின் றன. கருவியின் அளவுகோல் நேராக இருக்கிறது. தூரம்கள் அளவிடப்பட வேண்டிய புள்ளிகளை, ஆள்காட்டி விர லால் தொட்டுப் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இந்தப் புள்ளிகளின் மேல், விரிக்கப்பட்ட பெல்வி மீட்டரின் குமிழ் கள் வைக்கப்படுகின்றன. அளவு கோலி மூலம் விட்டம் அளவிடப்படுகிறது. (படம் 36)



படம் 36. கூபகத்தின் குறுக்கு விட் டத்தை அளவிடல்

1. முகடுகளுக்கிடையிலான தூரம்
2. முனைப்புகளுக்கிடையிலான தூரம்
3. கண்டுகளுக்கிடையிலான தூரம்

மூன்று குறுக்கு விட்டம், ஒரு முன்புற பின்புற விட்டம் ஆகிய நான்கு கூபக விட்டங்கள் அளவிடப்படுகின்றன. மூன்று குறுக்கு விட்டங்களும் வருமாறு:

1) முனைப்புகளுக்கிடையிலான தூரம். இலியத்தின் முன்புற மேற்புற முனைப்புகளின் இடையேயான தூரம். முன்புற மேற்புற இலியாக் முனைப்பு களின் முன்புற விளிம்புகளின் மேல்

குமிழ்கள் வைக்கப்படுகின்றன. சகஜமாக இந்த தூரம் 25—26 செ.மீ ஆகும்

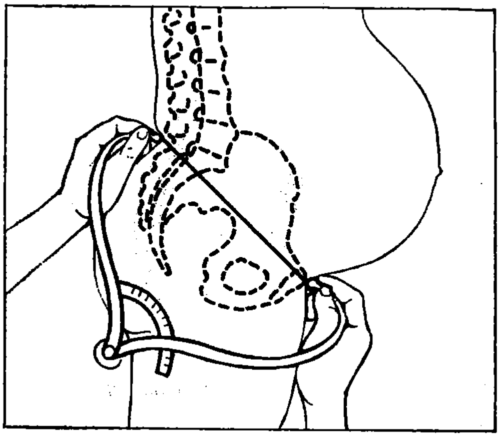
2) முகடுகளுக்கிடையேயான தூரம். இலியாக் முகடுகளுக்கிடையேயான தூரம். முனைப்பிடை தூரத்தை அளந்த பின்னர், பெல்வி மீட்டர் குமிழ்கள் இலியாக் எலும்புகளின் முன்புற விளிம்பு வழியாக செல்லக்கூடிய அதிகமான தூரமே முகடுகளுக்கிடையேயான தூரம் ஆகும். இது 28—29 செ.மீ உள்ளது.

3) கண்டுகளுக்கிடையேயான தூரம். தொடை எலும்பின் கண்டுகளுக்கு இடையேயான தூரம். அளவிடப்படும் போது, கால்களை நீட்டிக் கொண்டும், ஒருங்கிணைத்துக் கொண்டும் பெண் மல்லார்ந்து படுத்திருக்க வேண்டும். பெரிய கண்டுகளின் மிக முனைப்பான புள்ளிகளின் மீது, பெல்வி மீட்டரின் கைகள் பொருத்த வேண்டும். சகஜமான தூரம் 30—31 செ. மீ ஆகும்.

கொழுத்த பெண்களில், சரும அடிக் கொழுப்பு இருப்பதால், கண்டுகளைத் தொட்டுத் தெரியது சிரமமாக இருக்கும். தனது பாதங்களை உட்புறமாகவும், வெளிப்புறமாகவும் பெண் திருப்பினால், வேண்டிய புள்ளிகளை எளிதில் தொட்டு அறியலாம்.

சிறிய கூபகத்தின் அளவை, ஓரளவுக்கு குறுக்கு விட்டங்கள் தெரிவிக்கின்றன. குறுக்குவிட்ட அளவுகளுக்கு இடையேயான தொடர்பு மிகவும் முக்கியமாகும். எடுத்துக்காட்டாக, முனைப்பிடை, மற்றும் முகட்டிடை ஆகியவற்றின் இடையேயான வேறுபாடு, சகஜமாக 3செ.மீ ஆகும். இதையும் விட குறைவாக இருந்தால், கூபக அமைப்பில் ஏதாவது கோளாறு இருக்கிறது.

4) வெளிப்புற இணைப்பளவு. இது தான் முன்புற பின்புற விட்டமாகும். பெண் ஒரு பக்கமாக படுத்திருக்கிறாள். கீழ்கால் வயிறு நோக்கி மடக்கப்படுகிறது, மேற்கால் நீட்டப்பட்டு இருக்கிறது. பெல்வி மீட்டரின் ஒரு கை பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பின் மீது பொருந்தியுள்ளது. மற்ற கை, 5வது கீழ்முதுகு முள்ளெலும்பின் முனைப்புக்கும், திரிக முகட்டின் நடுக்கோட்டுக்கும் இடையேயுள்ள, கீழ்முதுகு திரிக சந்திப்பின் மேல் காணப்படும் பள்ளத்தில், பொருந்துகிறது. (மைக்கேலிசின் சாய்சதுர மேற் கோணத்துக்கு சமமாக பள்ளம் உள்ளது) வெளிப்புற இணைப்பளவு 200 செ. மீ ஆகும். (படம் 37)



படம் 37. வெளிப்புற இணைப்பளவை அளவிடல்

பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பை எளிதில் கண்டு பிடித்து விடலாம். கீழ்முதுகு முள்ளெலும்புகளின் முனைப்புகளைத் தொட்டறிவதன் மூலம் கீழ்முதுகு திரிக சந்திப்பைக் கண்டுபிடித்து விடலாம். (இது, திரிகம் நோக்கி இறங்குகிறது) கடைசி கீழ்முதுகு முள்ளெலும்பின் முனைப்பின் அடியில் பள்ளத்தைத் தொட்டறியலாம்.

கொழுத்த பெண்களின் பள்ளத்தைத்

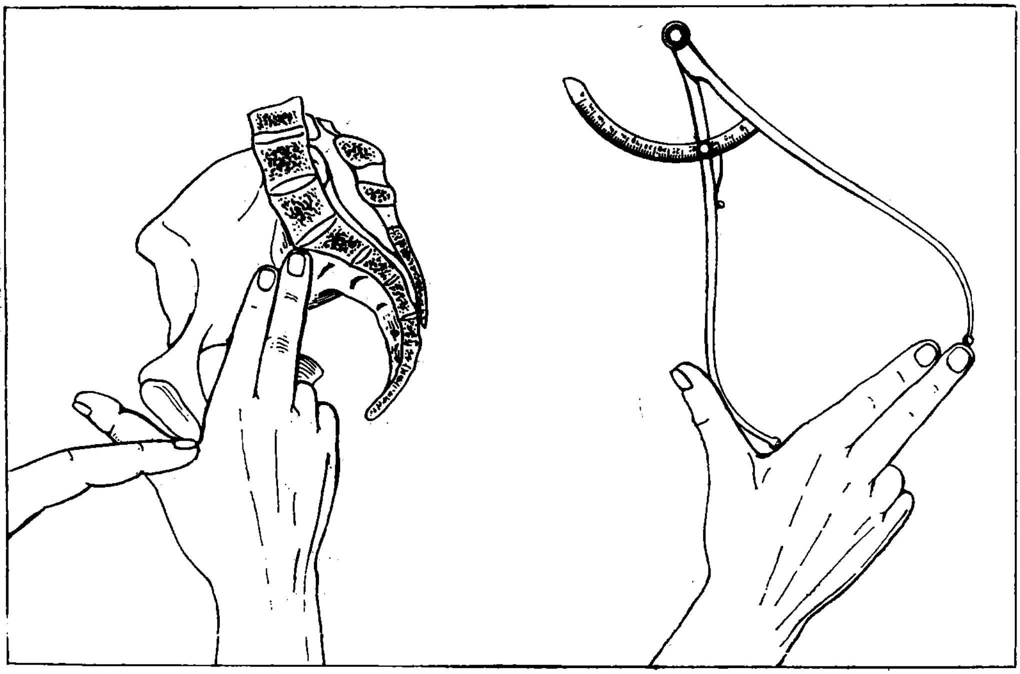
தொட்டறிவது சிரமமான அல்லது இயலாத ஒன்றாகும். மைக்கேலிஸ் சாய் சதுரத்தின் பக்கவாட்டுக் கோணங்களை இணைக்கும் கற்பனைக் கோட்டுக்கு மேலாக 3—4 செ. மீ—ல், கீழ் முதுகு திரிக சந்திப்பு அமைந்துள்ளது. இந்தப் புள்ளி, திரிகப் பள்ளத்துக்கு சமமாகும். இதன் மேல் பெல்வி மீட்டரின் கையைப் பொறுத்த வேண்டும்.

வெளிப்புற இணைப்பளவு மிகவும் முக்கியமான ஒரு அளவாகும். அதன் அளவைக், கொண்டு உண்மையான இணைப்பளவை நிர்ணயிக்க முடியும்.

வெளிப்புற இணைப்பளவிலிருந்து 9 செ.மீ. ஐக் கழித்தால் உண்மையான இணைப்பளவு கிடைக்கும். எடுத்துக் காட்டாக, வெளிப்புற இணைப்பளவு 20 செ. மீ என்றால் உண்மையான இணைப்பளவு 11 செ. மீ ஆகும். வெளிப்புற இணைப்பளவு 18 செ.மீ ஆக இருந்தால், உண்மையான இணைப்பளவு 9 செ. மீ ஆகும்.

வெளிப்புற மற்றும் உண்மையான இணைப்பளவுக்கிடையேயான வேறுபாடு, திரிகத்தின் பருமன், மற்றும் பூப்பிணைப்பு, மெல்லிய திசுக்கள் ஆகியவற்றைப் பொருத்துள்ளன. இந்த எலும்புக்களின் மற்றும் திசுக்களின் பருமன் பெண்களில் வேறுபடுகின்றன. ஆகவே வேறுபாடு, எல்லா கேசுகளிலும் 9 செ. மீ ஆக இருக்க முடியாது.

மூலை விட்ட இணைப்பளவிலிருந்து உண்மையான இணைப்பளவைக் கணக்கிடலாம். பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பிற்கும் திரிகத்தின் புறமுனைப்புக்குமிடையே உள்ள தூரம் தான் மூலை விட்ட



படம் 38. மூலைவிட்ட இணைப்பளவை அளவிடல்

இணைப்பளவாகும். பெண்ணின் யோனிப் பரிசோதனையின் போது மூலை விட்ட இணைப்பளவு அளவிடப் படுகிறது. (படம் 38) இந்தப் பரிசோ தனையின் போது தொற்றறு, தொற்று நீக்கு முறைகள் முழுமையாகப் பின் பற்றப்பட வேண்டும்.

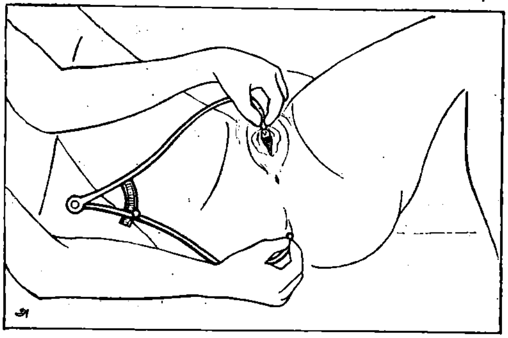
பரிசோதிப்பவரின் மத்திய, ஆள் காட்டி விரல்கள், யோனியின் உட்செ லுத்தப்படுகின்றன. நான்காவது விர லும் சுண்டு விரலும் மடிக்கப்பட்டு, விடபத்தின் மீது அமைகிறது. மத்திய விரல் திரிக புறமுனைப்பைத் தொடு வது போல் தெரிந்தால், மற்ற கையின் ஆள்காட்டி விரலைப் பயன்படுத்தி, பரி சோதகரின் கை, பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பைத் தொடும் போது, அந்தப் புள்ளியை குறித்துக் கொள்ள வேண் டும். யோனியிலிருந்து கையை வெளி யே எடுத்தவுன், நடு விரலின் நுனியிலி ருந்து, மற்ற கையின் ஆள்காட்டி விரல் தொடும் புள்ளியின் தூரத்தை அளவிட வேண்டும். இதற்கு சாதாரண பெல்வி மீட்டரையோ, அளவு கோலையோ பயன்படுத்தலாம்.

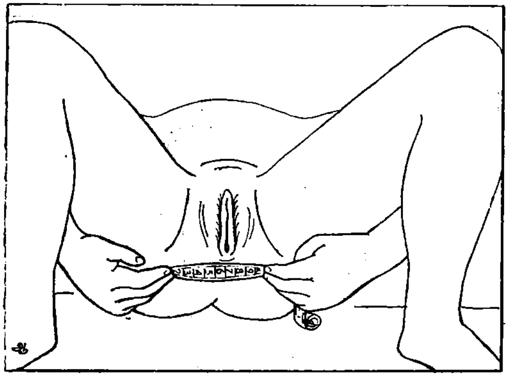
மூலைவிட்ட இணைப்பளவு, பொது வாக 12.5—13 செ. மீ நீளம் இருக் கும். இதிலிருந்து 1.5—2 செ.மீ கழித் தால், உண்மையான இணைப்பளவு கிடைக்கும்.

திரிக புற முனைப்பை எளிதில் தொட முடியாததாலும், அல்லது பரி சோதகரின் விரல் திரிக புறமுனைப்பை அடைய முடியாததாலும், மூலைவிட்ட இணைப்பளவை எளிதில் அளவிட முடி யாது. நன்கு நீட்டப்பட்ட நடுவிரலால் திரிக புறமுனைப்பைத் தொட முடியா விடில், கூபகத்தின் கொள்ளளவு சகஜ மாகஉள்ளது எனக் கொள்ளலாம்.

கூபகத்தின் குறுக்கு விட்டங்களையும், வெளிப்புற இணைப்பளவையும் கட்டயமாக, கர்ப்பப் பெண்களிலும், பிரசவித்த பெண்களிலும், அளவிட வேண்டும்.

பெண்ணைப் பரிசோதிக்கையில் கூப கம் குறுகலாக இருக்கலாம் என்ற ஐயம் ஏற்பட்டால், **வெளிவாயில் மட்டத்தளத் தின் விட்டங்களை** அளவிட வேண்டும். (படம் 39) பெண் மல்லார்ந்து படுத்தி





படம் 39. கூபக வெளிவாயிலை அள விடல்

அ) முன்புற பின்புற விட்டத்தை அள விடல்

ஆ) கூபக வெளிவாயிலின் குறுக் விட் டத்தை அளவிடுதல்

ருக்க வேண்டும்; கால்கள் வயிற்றின் மேல் மடிக்கப்பட்டு, விரிக்கப்பட்டு

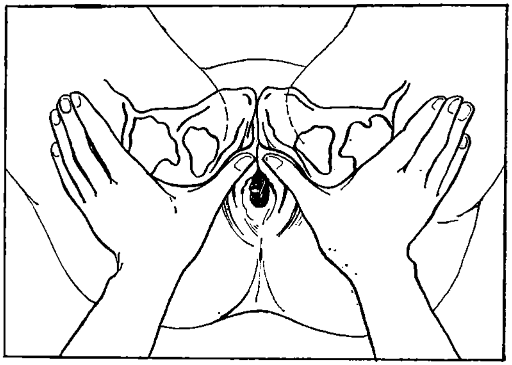
இருக்க வேண்டும். (லிதாடமி நிலை) பொதுவான பெல்விமீட்டர் கொண்டு, கூபக வெளிவாயில் தளமட்டத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்தை அளவிட வேண்டும். இதன் போது பெல்விமீட்டரின் ஒரு கை பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பின் மீதும், மற்றொரு கை, வால் எலும்பு நுனியின் மீதும் இருக்க வேண்டும்.

அளவு நாடா கொண்டோ அல்லது பெல்விமீட்டர் கொண்டோ குறுக்கு விட்டத்தை அளவிட வேண்டும். இஸ்கிய புடைப்புகளின் உட்பரப்பை தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ளலாம். இடைப்பட்ட தூரத்தை (இரண்டு இஸ்கிய விட்டம்) அளவிட வேண்டும். இதன் போது பெல்வி மீட்டரின் ஒரு கை பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பின் மீதும், மற்றொரு கை, வால் எலும்பு நுனியின் மீதும் இருக்க வேண்டும்.

அளவு நாடா கொண்டோ அல்லது பெல்விமீட்டர் கொண்டோ குறுக்கு விட்டத்தை அளவிட வேண்டும். இஸ்கிய புடைப்புகளின் உட்பரப்பை தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ளலாம். இடைப்பட்ட தூரத்தை (இரண்டு இஸ்கிய விட்டம்) அளவிட வேண்டும். புடைப்புகளிலிருந்து குமிழ்களைப் பிரிக்கும் மெல்லிய திசுக்களின் பருமனுக்கு ஈடு செய்ய, கிடைத்த முடிவுடன் 1—1.5 செ. மீ. ஐக் கூட்ட வேண்டும்.

பூப்பு வளைவை வரையறுப்பதும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததாக இருக்கிறது. சாதாரண அளவு கொண்ட கூபகத்தின் அடிபூப்புக் கோணம் 90—100° ஆகும். இந்த அளவிலிருந்து எதாவது மாற்றும் காணப்பட்டால், கூபக அமைப்பிலுள்ள கோளாறை அது சுட்டிக் காட்டுகிறது.

பூப்பு வளைவை, கீழ்க்கண்டவாறு வரையறுக்கலாம்:—நோயாளி, கால்களை வயிற்றின் மேல் மடித்துக் கொண்டு, கல்லார்ந்து கிடக்க வேண்டும். பரிசோதகளின் கட்டை விரல்கள், பூப்பு மற்றும் இஸ்கிய எலும்புகளின் கீழ் விளிம்பைத் தொட வேண்டும். கட்டை விரல்களின் நுனிகள், பூப்பிணைப்பின் உட்பரப்பில் சந்திக்க வேண்டும். இரண்டு கட்டை விரல்களாலும் உருவாகும் அமைப்பு, பூப்பு வளைவின் அமைப்பு பற்றிய ஒரு பார்வைத் தெளிவை உண்டாக்குகிறது. (படம் 40)



படம் 40. பூப்பு வளைவை வரையறுத்தல்

சாய்வு விட்டங்கள், குறுகலடைந்த கூபகத்தில் அளவிடப்படுகின்றன.

கீழ்க்கண்ட அளவைகள், கூபகத்தின் ஒரே சீரற்ற தன்மையை தெரியப்படுத்துகின்றன.

1) முன்புற மேற்புற முனைப்புக்கும், எதிர்பக்க பின்புற மேற்புற முனைப்புக்கும் இடையேயான தூரம் (எதிர்மாறாகவும் அளவிட வேண்டும்).

2) வலது, இடது, பின்புற மேற்புற முனைப்புகளுக்கும், பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்பிற்கும் இடையிலான தூரம்.

3) வலது, இடது முன்புற மேற்புற முனைப்புகளுக்கும், கீழ் முதுகு திரிக சந்திப்பிற்கும் இடையேயான தூரம்.

வலது, இடது சாய்வு விட்டங்கள் ஒப்பிடப்படுகின்றன. சகஜமான கூபகத்தில் அவை, சமமாகவே இருக்கின்றன. அவற்றின் இடையேயான வேறுபாடு, ஒரு சென்டிமீட்டருக்கு அதிகமானால், கூபகத்தை சீரற்றதாகக் கொள்ள வேண்டும்.

கூபக எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனை யுடன் முன்புறபின்புற விட்டலும், குறுக்கு விட்டமும் அளவிடப்பட்டால், சிறிய கூபகத்தின் முழுமையான கொள்ளளவு பற்றிய விபரங்கள் கிடைக்கின்றன. கூபக அமைப்பின் தன்மை மற்றும், குறுகலடைந்த அளவு, சந்தேகிக்கப்பட்ட கபாலகூபக முரண்பாடு ஆகியவற்றை தெரிந்து கொள்ள மேற்கூறிய முறை உதவுகிறது.

சிசுவின் தலையை அளவிடவும், கூபக விட்டங்களை அளவிடவும் தற்காலத்தில் அல்ட்ரா சவுண்டு பயன்படுத்தப்படுகிறது. (புற ஒலி முறை)

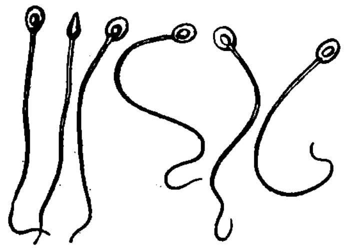
பொலிவடைதல், கருப்பையினுள் சிசுவின், சிசுப் படலங்களின் வளர்ச்சி

பொலிவடைதல்.

ஒரு விந்தணுவும் (ஒரு முதிர்ந்த ஆண் விந்து), ஒரு முட்டையும் (பெண்ணின் இனப்பெருக்க செல்) ஒரு செல்லாக கூட்டிணைவதே பொலிவடைதலாகும். இதிலிருந்து ஒரு புதிய உயிரினம் உருவாகிறது.

முட்டையும், விந்தணுவும் முதிர்ச்சியடைவது, ஒரு சிக்கலான நிகழ்வாகும். இதன் போது, இரண்டு செல்களின் உட்கருவிலுள்ள குரோமோசோம்களின் எண்ணிக்கை பாதியாகி விடுகிறது. பொலிவடைவதிலிருந்து உருவாகும் ஒரு புதிய செல்லின் உட்கருவில், குரோமோசோம்கள் முழுமையாக உள்ளன.

விந்தணுத் தோற்றம். ஆண்பால் சுரப்பிகளின், வளைந்த நெளிந்த விந்தணு நாளங்களில், விந்தணுக்கள் உற்பத்தியாகின்றன. ஒரு விந்தணுவிற்கு ஒரு தலை, ஒரு கழுத்து, ஒரு நீண்ட மெல்லிய வால் உண்டு. (படம் 41) சைடோபிளாசத்தின் ஒரு மெல்லிய அடுக்கால் சூழப்பட்ட விந்தின் உட்கரு தான் அதன் தலையாகும். சைடோபிளாசம் தான், கழுத்தாகவும் வாலாகவும் இருக்கிறது.



படம்41. விந்திணுவின் தோற்றம்

வாலின் அசைவுகளைப் பொறுத்து ஒரு விந்தணுவின் அசையும் தன்மை இருக்கிறது. புராஸ்டேட் திரவத்துடனும், விந்தணுக் குமிழ்களின் சுரப்புடனும் கலந்த பின்னர், விந்தணுவிற்கு நகரும் சக்தி கிடைக்கிறது. விந்தணு, மற்றும் புராஸ்டேட், விந்துக் குமிழ்களின் சுரப்பு ஆகியவற்றின் கலவையே இந்திரியம் எனப்படுகிறது. (விந்து நீர் எனவும் அழைக்கப்படுகிறது. மொ—ர்)

புணர்ச்சியின் போது, 5—8 மி.லி விந்து நீர், யோனியினுள் உந்திச் செலுத்தப்படுகிறது. இதில் 200—500 மில்லியன் விந்தணுக்கள் காணப்படுகின்றன. கர்ப்பப்பையின் கழுத்து துருத்திக்கொண்டிருக்கும் பின்புற வளைவில் விந்துநீர் (இந்திரியம்) தேங்கிக் கிடைக்கிறது. பின்புற வளைவில் தேங்கியுள்ள விந்துநீரில், உட்கழுத்துக் கால்வாய், முங்கிக்கிடக்கிறது. பொலிவடைவதற்கான சாதகமான சூழ்நிலை, இதன் மூலம் கிடைக்கிறது.

புணர்ச்சிக் கிளர்த்தலின் போது, கர்ப்பப்பை தசைகள் சுருங்குவதால், கழுத்தின் புறத்துவாரம் சிறிதே திறக்கிறது. புணர்ச்சியின் போது பின்புற வளைவில் செலுத்தப்பட்ட விந்து நீரி

னுள், கழுத்தின் சிலேட்டுமப் பகுதி துருத்திக் கொண்டுள்ளது. புணர்ச்சியின் பின்னர், விந்தணுவுடன், சிலேட்டுமப்பகுதி கழுத்தினுள் இழுக்கப்படுகிறது.

எனினும், விந்தணு, கர்ப்பப்பையினுள் ஊடுருவிச் செல்வதற்கான முக்கியமான அம்சம், விந்தணுவின் நகரும் தன்மையேயாகும். யோனித் திரவம் அமில நிலையில் உள்ளது. விந்தணு உட்செல்லும் கர்ப்பப்பையின் கழுத்து கார நிலையில் உள்ளது. இது, இனப்பெருக்கப் பணிக்கு சாதகமாக உள்ளது. கர்ப்பப்பையின் மற்றும் கருவகக் குழல்களின் காரநிலை, விந்தணுவின் நகரும் சக்தியையும், இனப்பெருக்கத் திறனையும் சில நாட்களுக்குப் பேணுகிறது.

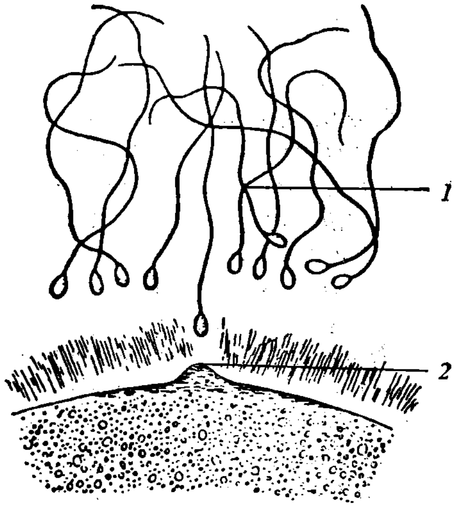
ஒரு நிமிடத்திற்கு 3—3.5 மி.மீ வேகத்தில் விந்தணு பிரயாணம் செய்கிறது. 60—90 நிமிடங்களில், விந்தணுக்கள் கர்ப்பப்பை குழிவினுள் காணப்படுகின்றன. இரண்டு—மூன்று மணி நேரங்களில் கருவகக் குழல்களை அடைந்து, முட்டையைச் சந்திக்கின்றன.

குழல்களின் குல்லிய வட்டத்தில் பொலிவுருதல் நடைபெறுகிறது. முட்டை, தானாக நகர முடியாது. முதிர்ந்த குமிழ்பை வெடித்தவுடன், அரவட்டம் கொண்ட மகுடத்துடன் கூடிய முட்டை வெளிப்படும் திரவத்தால் வயிற்றறையினுள் தள்ளப்பட்டு, பின்னர் கருவகக் குழலை அடைகிறது.

சிலியாக்களின் அசைவாலும், குழலின் இயக்கலயத்தாலும் உண்டாகும் திரவ ஓட்டத்தில் முட்டை சிக்குண்டு அடித்தளத்திலிருந்து, கருவகக் குழலின் கர்ப்பப்பை ஓரத்தை அடைகிறது.

முட்டை வெளிப்படும் போது நிகழும் வயிற்றுத் தசைகளின் அமுக்க சக்தியால், முட்டை, குழல் நோக்கித் தள்ளப்படுகிறது என்பது கே.கே. ஸ்க்ரோபான்ஸ்கியின் கருத்தாகும்.

பலமில்லியன் விந்தணுக்கள், குழலின் குல்லியப்பகுதிக்குச் சென்று, முட்டையைச் சந்திக்கின்றன. முட்டையின் பரப்பில் உள்ள ஒரு குழலையை ஊடுருவி, சில விந்தணுக்கள் முட்டையை அடைகின்றன (படம் 42).



படம் 42. விந்தணுவின் முட்டையினுட் செல்லல்

1. விந்தணு 2. விந்தணு நுழையும் இடத்தில் காணப்படும் புடைப்பு

ஒளி ஊடுறுவு படலத்தை, (சோனா பெல்லூசிடா) மில்லியன்களில் ஒரு சில தான், ஊடுருவிச் சென்று, முட்டையின் புரோடோபிளாசத்தை அடைகின்றன. விந்தணுவால் உற்பத்தி செய்யப்படும் ஹையலுரோனிடேஸ் உதவியால், அவை ஊடுருவிச் செல்கின்றன. இந்த என்சைம், முட்டையின் ஒளிபுகுபடலத்தையும், முயினேசையும், டிரிப்சின் போன்ற என்சைமையும் கரைக்கின்றது.

மற்ற விந்தணுக்கள் எல்லாமே மரணமடைந்து, சிதைந்து, குழல் சிலேட்டுமத்தில் கிரகிக்கப்படுகின்றன.

முட்டையை அடையும் ஒரு சில விந்தணுக்களில் ஒன்றே ஒன்று தான் முட்டையை பொலிவடையச் செய்கிறது. அதன் உட்கரு, முட்டையின் உட்கருவை நோக்கிச் சென்று இரண்டறக் கலக்கிறது. இது தான் பொலிவுருதலாகும்; கர்ப்பத்தின் துவக்கமாகும்.

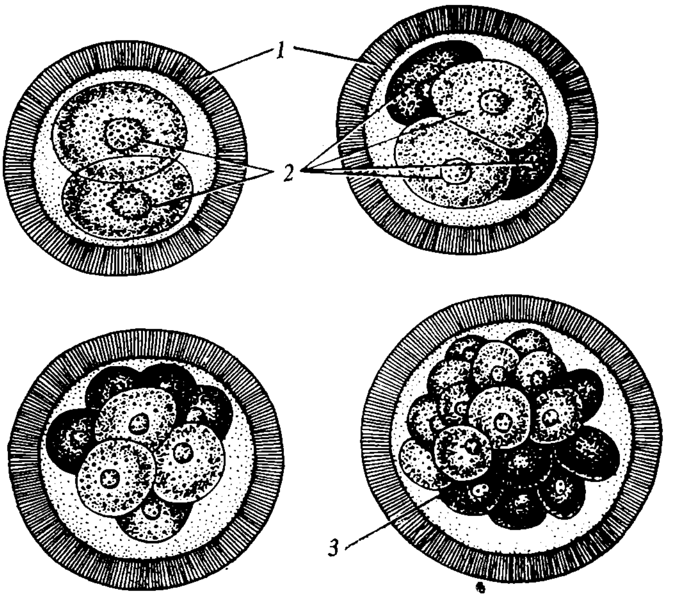
பொலிவுற்ற முட்டையின் பகுப்பும், கர்ப்பப்பையினுட் செல்லுதலும்

பொலிவுற்ற முட்டையில், முனைப்பான வளர்சிதை மாற்றம் காணப்படுகிறது. உட்கருக்களின் இணைப்புடன், பகுப்பு நிகழ்வும் துவங்குகிறது. (படம் 43) கேரியோகைனடிக் பகுப்பு மூலம், இரண்டு குழந்தை செல்கள் பிளாஸ்டோமீர்கள் தோன்றுகின்றன. இவை மீண்டும் பகுப்படைகின்றன. பிளாஸ்டோமீர்களின் துரிதமான பகுப்பால், செல்களின் திறள் (மொருலா) தோன்றுகிறது. இது, முசுக்கொட்டை போன்று தோற்றமளிக்கின்றது.

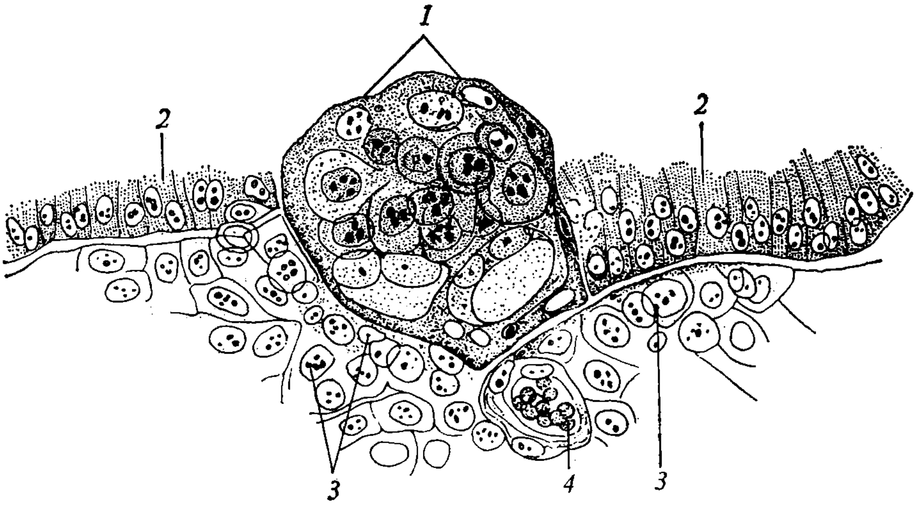
பொலிவுற்றதைத் தொடர்ந்து, 7—8 நாட்களில், பகுப்படையும் முட்டை, குழல் வழியாகச் சென்று கர்ப்பபைக் குழிவை அடைகின்றன. குழல் தசையின் லய இயக்கத்தால், முட்டை, கடத்தப்படுகிறது. சிலியாவின் அதிர்வுகள், அவ்வளவு முக்கியம் வாய்ந்ததல்ல.

நிலை பெறல்

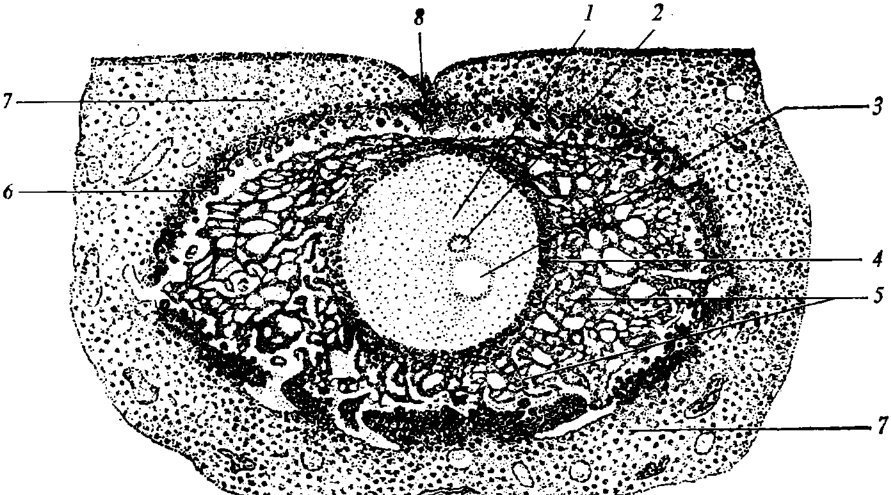
பகுப்பைத் தொடர்ந்து பொலிவுற்ற முட்டையில் பண்புசார்ந்த மாற்றங்கள் நிகழ்கின்றன. கருவகக் குழலின் உள்ளே இருக்கும் போது, பொலிவுற்ற முட்டை அதன் ஒளிபுகு உறையிலிருந்து பிரிக்கப்படுகிறது. (சோனா பெல்லூசிடா) முட்டை, கர்ப்பப்பையினுள் நுழைந்தவுடன், மொருலா செல்களின் வெளி அடுக்கு டிரோபோபிளாஸ்டாக மாறு



படம் 43. பொலிவுற்ற முட்டையின் பகுப்பும் மொருலா உருவாதலும்
1. சோனாபெல்லூசிடா
2. பிளாஸ்டோமீர்கள்
3. மொருலா நிலை



படம் 44. எண்டோ மெட்ரியத்தில் நிலைபெறும் முட்டையின் துவக்க நிலை
1. பகுப்படையும் முட்டை 2. எண்டோமெட்ரியத்தின் தூண் வகை செல் 3. உதிர் சவ்வு செல்கள் 4. இரத்த நாளம்



படம் 45. நிலைபெறவின் இறுதி நிலை
1. மீசோபிளாஸ்ட் 2. எக்டோபிளாஸ்ட் குமிழ் 3. எண்டோபிளாஸ்ட் குமிழ் 4. டிரோபோபிளாஸ்ட் (சைடோ டிரோபோ பிளாஸ்ட்) 5. சின்சிடியம் 6. சிதைந்துபடும் எண்டோமெட்ரிய செல்கள் 7. எஞ்சிய உதிர்படலம் 8. முட்டை நிலை பெற்று சீரடைந்த இடம்

கிறது. எண்டோமெட்ரியத்தின் மேலார்ந்த அடுக்கில் முட்டை அமைந்தவுடன் (பொதுவாக, குழல்களின் மட்டத்தில் முன்புற அல்லது பின்புறச் சுவரில்) அதன் டிரோபோபிளாஸ்ட், எபிதீலிய சிலேட்டுமம் மற்றும் சுரப்பிகள், அடுக்கு செல்கள், கர்ப்பப்பை சிலேட்டும நாளங்கள் ஆகியவற்றைக் கரைத்து விடுகிறது. எண்டோமெட்ரியத்தின் பணிசார்ந்த அடுக்கில் படிப்படியாகப் பொதிந்து விடுகிறது (படம் 44).

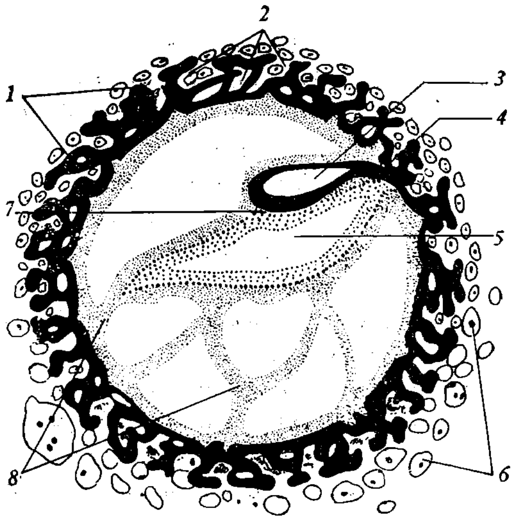
சிலேட்டுமத்தில் முழுமையாக முட்டை பதிந்தவுடன், உள் நுழைந்த இடம் மூடப்படுகிறது. இத்துடன் நிலைபெறு நிகழ்வு முடிவுறுகிறது. (படம் 45)

இந்த நேரத்தில், எண்டோமெட்ரியம், சுரப்புக் கட்டத்தில் உள்ளது. கருவுக்குத் தேவையான போஷாக்குப் பொருட்களைக் கொண்டு உள்ளது.

டிரோபோபிளாஸ்டால், கர்ப்பப்பை சிலேட்டுமம் கரைக்கப்பட்டவுடன், நிலைபெற்ற முட்டையைச் சுற்றியுள்ள திசுக்கள் சிதைவடைந்து, கருவுக்கு போஷாக்கு அளிக்கின்றன (எம்பரயோட்ரோப்). எப்பரயோட்ரோபில், புரதங்கள் மற்றும் மாவுப் பொருட்கள், கொழுப்புப் பொருட்கள், வைட்டமின்கள், உப்புக்கள், கருவின் போஷாக்குக்கும், வளர்ச்சிக்கும் தேவையான மற்றும் பல பொருட்கள், ஆகியவை காணப்படுகின்றன.

சிசுப்படலங்களின் வளர்ச்சி

நிலை பெற்றவுடன், முட்டை தூரிதமாக வளருகிறது. டிரோபோபிளாஸ்டின் மேல், புடைப்பு உறிஞ்சிகள் உண்டாகின்றன. இந்த நிலையில் அவற்றிற்கு இரத்த நாளங்கள் கிடையாது. (படம் 46)



படம் 46. டிரோபோ பிளாஸ்டின் துவக்க நிலைகளும் எம்பரயோ பிளாஸ்டின் வளர்ச்சியும்
1. முதல்தர விரலிகள் 2. முதல்தர விரலி இடைவெளி 3. எக்டோபிளாஸ்டிக் குமிழ் 4. காம்பு 5. எண்டோபிளாஸ்டிக் குமிழ் 6. உதிரும் செல்கள் 7. கரு அணு 8. மீசோபிளாஸ்ட்

அவை, முதிர்ச்சியடையா விரலிகளாகும் முட்டையின் வெளி அடுக்கு கோரியான் எனப்படுகிறது. விரலிகளுக்கும் எண்டோமெட்ரியத்திற்கும் இடையேயான திசுக்கள் சிதைவடைகின்றன; தாயின் இரத்தம் வரத் தூவங்குகிறது. கோரியானிக் விரலிக்கும், சுற்றியுள்ள எண்டோமெட்ரியத்திற்கும் இடையேயுள்ள இடம், விரலி இடை இடம் எனப்படுகிறது. இது முட்டையை முழுமையாக சூழ்ந்துள்ளது. பின்பு, விரலி இடை இடம், நஞ்சுப் பகுதியில் மட்டும் காணப்படுகிறது. இது, இரண்டாந்தர விரலி இடை இடம் எனப்படுகிறது.

டிரோபோபிளாஸ்டுடன், எம்பரயோபிளாஸ்ட் எனப்படும் கருவின் உட்செல்களும் வளர்ச்சியடைகின்றன.

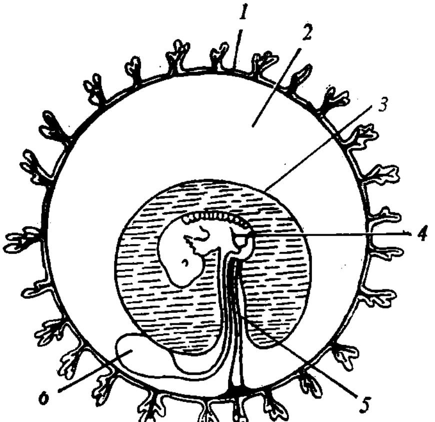
முட்டை, குழலினுள் இருக்கும் போது, எம்பரயோ பிளாஸ்டின் வளர்ச்சி துவங்குகிறது. எம்பரயோ பிளாஸ்டின் மத்தியில் திரவம் நிறைந்த குழிவுகள் தோன்றுகின்றன. பின்னர் அவை ஒன்றிணைந்து எக்ஸோசீலோமாகிறது. முட்டை, பிளாஸ்டோசிஸ்டாக மாறுகிறது. பிளாஸ்டோசிஸ்ட் குழிவைச் சுற்றியுள்ள செல்கள், மீசோபிளாஸ்டாக மாறுகின்றன.

பிளாஸ்டோசிஸ்டின் ஒரு பகுதியில் செல்கள் திரளுகின்றன. இந்த திரட்சியில், எக்டோபிளாஸ்ட், எண்டோபிளாஸ்ட் எனப்படும் இரண்டு நுண்கணுக்கள் தோன்றுகின்றன. இந்த நுண்கணுக்களின் மத்தியில், குழிவுகள் விரைவில் தோன்றுகின்றன. எக்டோபிளாஸ்ட், எக்டோபிளாஸ்டிக் குமிழாகவும், எண்டோபிளாஸ்ட், எண்டோபிளாஸ்ட் குமிழாகவும் மாறுகின்றன (படம் 46). எக்டோபிளாஸ்டிக் குமிழ் ஒரு காம்பு மூலம், டிரோபோபிளாஸ்டுடன் இணைக்கப்படுகிறது. இது, அம்னியா திரவம் கொண்ட குழிவாக மாறுகிறது. இந்தக் குழிவின் சுவர், அம்னியான் எனப்படும் திரவப்பையாக மாறுகிறது. எண்டோபிளாஸ்டிக் குமிழ், மத்தி இடத்திற்கு அருகில் அமைந்திருக்கிறது. பின்னர் அது, கரு இழைப்பையாக மாறுகிறது.

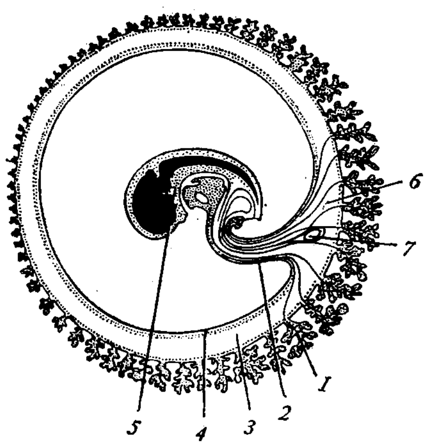
அம்னியானுக்கும், கரு இழைப்பைக்கும் இடையே அமைந்துள்ள எக்டோபிளாஸ்ட், எண்டோபிளாஸ்ட் செல்கள் கருவாக மாறுகின்றன.

எக்ஸோ சீலோம் குழிவின் அளவு பெரிதாகிறது. மீசென்கைம் செல்கள், கோரியான் (டிரோபோபிளாஸ்ட்) மற்றும் அம்னியாம், கரு இழைப்பை நோக்கித் தள்ளப்படுகின்றன. இதன் இடையே கரு காணப்படுகிறது. குமிழ்களின் சுவர்களும், கோரியானும், இரண்டு மடிப்பு கொண்டுள்ளன. கருவில், எக்டோடெர்ம் மற்றும் மீசோடெர்ம், எண்டோடெர்ம் எனப்படும் மூன்று அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன. இந்த மூன்று அடுக்குகளிலிருந்து சிசுவின் எல்லாத் திசுக்களும், உறுப்புக்களும் உண்டாகின்றன.

பையினுள், ஒரு தெளிந்த திரவம் தேக்கமடைவதால், அம்னியான் துரிதமாக அளவில் பெரிதாகிறது. அதே போது, அதன் சுவர் (அம்னியான்) விரலிப்படலம் பக்கமாகச் சென்று அத்துடன் ஒட்டிக் கொள்கிறது. பிளாஸ்டோசிஸ்ட் குழிவு (எக்ஸோசீலோம்) மறைந்து விடுகிறது. அம்னியானுக்கும் கரு இழைப்பைக்கும் இடையே இருந்த கரு, அம்னியான் குழிவினுள் துளைத்துச் சென்று, படிப்படியாக, முழுமையாக பொதிந்து விடுகிறது. (படம் 47) அம்னியாடிக் குழிவு பெரிதானவுடன், கரு இழைப்பை குறைந்து, சிதைந்து விடுகிறது. (படம் 47, 48)



படம் 47. படலங்கள் உருவாதல் 1. கோரியான் 2. எக்ஸோசீலோம் 3. அம்னியான் 4. கரு 5. அலண்டாய்சுடன் கூடிய காம்பு 6. கரு இழைப்பை



படம் 48. படலங்கள் உருவாதலின் பிந்தைய நிலை
1. கோரியான் 2. உருவாகும் தொப்பூழ் 3. எக்ஸோசீலோம். 4. அம்னியான் 5. கரு 6. அலண்டாய்சு 7. கரு இழைப் பையின் எச்சங்கள்

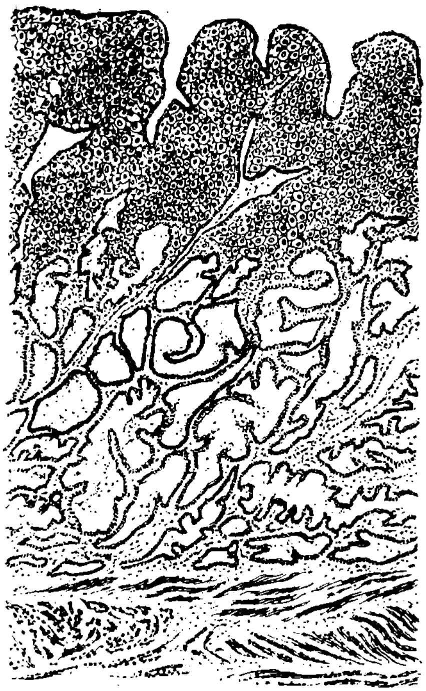
படலங்களின் வளர்ச்சியைத் தொடர்ந்து, கருவின் பின்குடலிலிருந்து அலண்டாய்சு உருவாகிறது. காம்பு வழியாக அலண்டாய்சு, விரலிப் படலத்திற்குச் செல்கிறது. இந்தக் காம்பு, அம்னியாடிக்குமிழை, டிரோபோபிளாஸ்டுடன் இணைக்கிறது. (படம் 47, 48) கரு உடலிலிருந்து விரலிக் கோரியான் வரையிலான பாதையிலுள்ள நாளங்களின் மீது அலண்டாய்சு காணப்படுகிறது. கோரியானின் ஒவ்வொரு விரலிக்குள்ளும் இரத்த நாளங்கள் வளருகின்றன. இந்தக் கட்டத்தில் கருவின் அலண்டாய்சு இரத்த சுழற்சி துவங்குகிறது.

கரு வளர்ச்சியின் துவக்கக் கட்டங்கள் முடிவு பெற்றவுடன், சிசுவைச் சுற்றி அம்னியாடிக் திரவம் காணப்படுகிறது. உதிரும் படலம் மற்றும் கோரியான், அம்னியான் என்ற மூன்று படலங்களும் சிசுவைச் சுற்றி காணப்படுகின்றன. உதிரும் படலம் தாயிடமிருந்து பெறப்படுகிறது. (எண்டோமெட்ரியத்திலிருந்து உண்டாகிறது) கோரியானும் அம்னியானும் சிசுவை சார்ந்ததாகும்.

கர்ப்பத்தின் போது மாறுதலடையும் எண்டோமெட்ரியத்தின் பணிசார்ந்த படலம் தான் உதிரும் படலமாகும் குழந்தை பிறந்த பின்னர், நஞ்சுடனும், மற்ற படலங்களுடனும் உதிரும் படலமும் கர்ப்பப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது. அதனால் தான் அது உதிரும் படலம் (தூக்கியெறியப்பட்ட) எனப்படுகிறது.

நிலைபெறும் போது, கர்ப்பப்பையின் சிலேட்டுமம், சுரப்புக் கட்டத்தில் இருக்கிறது. சுரப்பிகள், சுரப்புகளால் நிறைந்துள்ளன; உட்பிழம்பு செல்கள் உருண்டையாகி, கிளைகோஜன் கொண்டுள்ளன. எண்டோமெட்ரியத்தின் பணி சார்ந்த அடுக்கு, பஞ்சு அடுக்காகவும், நெருக்கமான அடுக்காகவும் மாறுகின்றது. (படம் 49) பஞ்சு அடுக்கில் சுரப்பிகளே காணப்படுகின்றன. கடின அடுக்கில் வட்டமான உட்பிழம்பு செல்கள் காணப்படுகின்றன (படம் 50). இவற்றிற்கிடையே, சுரப்பிகளின் கழிவாய் நாளங்கள் செல்கின்றன. கரு நிலைபெற்றவுடன், எண்டோமெட்ரியம் பருமனடைகிறது; உப்புசமடைகிறது. சுரப்பிகளில் திரவங்கள் காணப்படுகின்றன; உட்பிழம்பு செல்கள் பெரிதடைகின்றன; அவற்றிலுள்ள கிளைகோஜனின் அளவு அதிகரிக்கிறது. இந்த மாறுபட்ட உட்பிழம்பு செல்கள், கர்ப்பத்தின் உதிரும் செல்கள் எனப்படுகின்றன.

நெருக்கமான அடுக்கில் பொதிந்துள்ள கரு, உதிரும் படலத்தால் குழப்பட்டுள்ளது. உதிரும் படலம், கருவின் எந்தப்பகுதிக்கு அருகில் அமைந்துள்ளது என்பதைப் பொறுத்து அதைக்



படம் 49. மூன்று மாதக் கருவின் உதிரும் படலம்
1. தசை அடுக்கு 2. சிலேட்டுமத்தின் அடித்தள அடுக்கு—எண்டோமெட்ரியம் 3. பஞ்சு அடுக்கு 4. கடின அடுக்கு

கீழ்க்கண்டவாறு பிரிக்கின்றனர்: (படம் 51)

1) கர்ப்பப்பை குழிவின் பக்கமாக உள்ள கருவின் மேலுள்ள உதிர் படல உறை என்ற உதிர்படலத்தின் பகுதி.

2) கர்ப்பப்பைச் சுவருக்கும் கருவுக்கும் இடையேயுள்ள அடிப்படை உதிர் உறைப்படலம்.

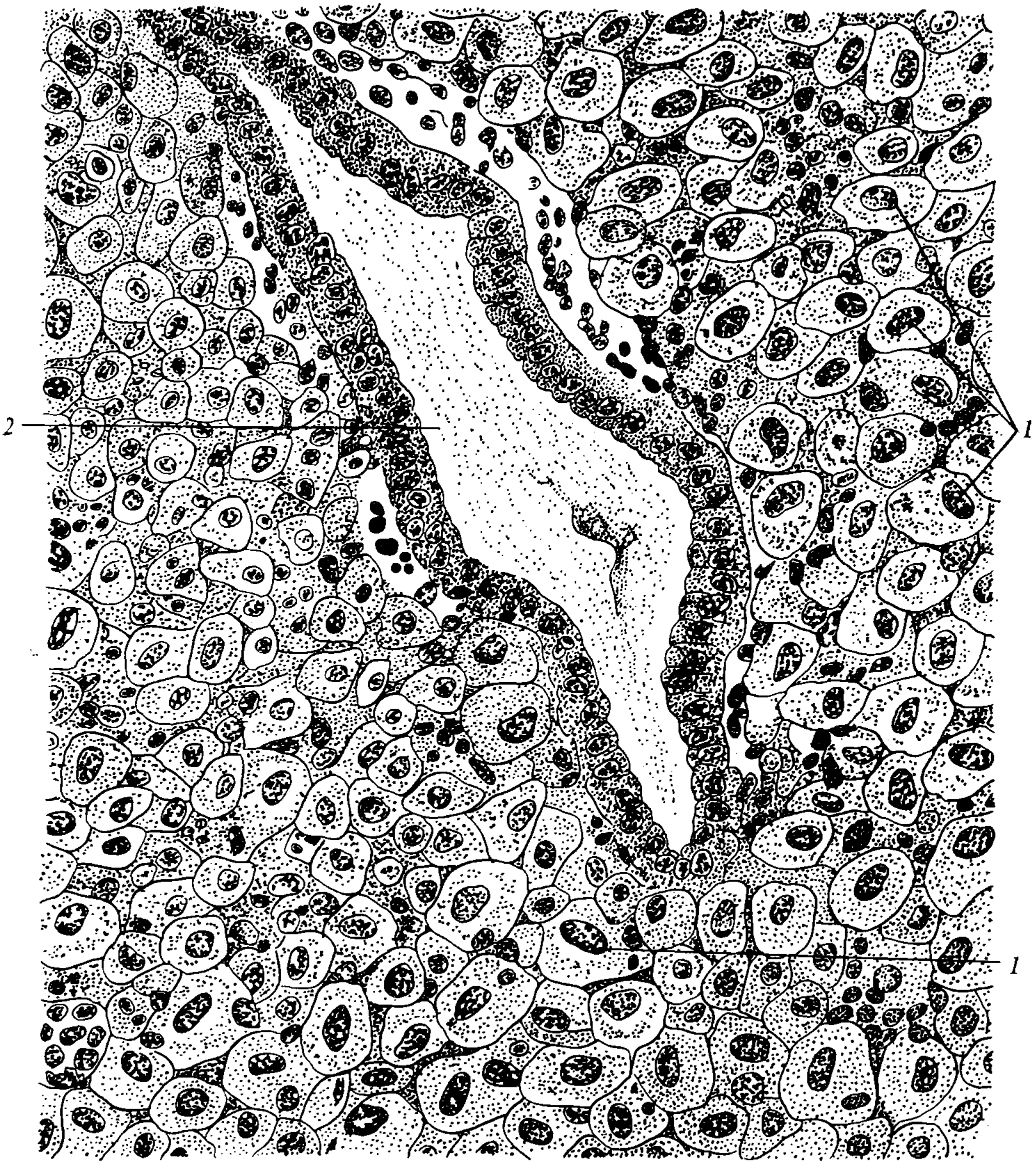
3) கரு இருக்கும் இடத்தைத் தவிர மற்ற கர்ப்பப்பையின் பகுதியில் உள்ள வெளிப்புற உதிர் படலம்.

கரு முதிர்ச்சியடையும் போது, உறை மற்றும் வெளிப்புற உதிர்படலம் இழுக்கப்பட்டு, மெல்லியதாகி, ஒன்றையொன்று ஒட்டி இருக்கின்றன. 4 மாத வயதுடைய மனிதக் கரு, கர்ப்பப்பை முழுவதையும் அடைத்துள்ளது. உதிர் படலத்தின் இருபகுதிகள் ஒன்றாகி, மிகவும் மெல்லியதாகின்றன. அதேபோது அடிப்படை உதிர்படலம் பருமனடைந்து அதில் பல இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன. சிலேட்டுமப்படலத்தின் இந்தப் பகுதி, தாயின் நச்சுக்கொடியாக மாறுகிறது.

டிரோபோபிளாஸ்டிலிருந்தும், மீசோபிளாஸ்டிலிருந்தும் **கோரியான்** உருவாகிறது. முதல் தர விரலிகளில் இரத்த நாளங்கள் காணப்படுவதில்லை. ஆனால் கர்ப்பத்தின் முதல் மாத இறுதியில், அலண்டாயிசிலிருந்து, இரத்த நாளங்கள் வந்து விடுகின்றன.

முதலில், விரலிகள், கருவின் முழுப் பரப்பையும் மூடுகின்றன. கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது மாதத்தில் உறை உதிர் படலத்தின் அருகேயுள்ள, கோரியான் பகுதியின் விரலிகள், சூம்பலடைகின்றன. 3வது மாதக்கர்ப்பத்தில், கோரியானின் இந்தப் பகுதியிலிருந்து, விரலிகள் மறைந்து, அது மிகவும் மழமழப்படைகிறது. (கோரியான் லீவா) கோரியானின் எதிர்ப்பக்கத்தில் (அடிப்படை உதிர்படலத்திற்கு அருகேயுள்ளது), விரலிகள், இரத்த நாள கிளைகளாக மாறுகின்றன. (கோரியான் பிரண்டோசம்) (படம் 52) பின்னர் இந்தப்பகுதி, நஞ்சுவின் கருப்பகுதியாக மாறுகிறது.

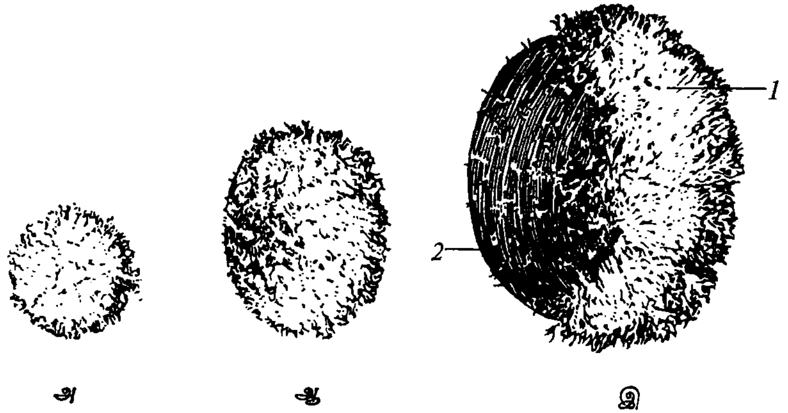
அம்னியான் அம்னியாடிக் திரவத்தால் சூழப்பட்ட சிசுவைக் கொண்ட படலப்பையே அம்னியான் எனப்படுகிறது. கோரியானை ஒட்டியே, அம்னியானும் இருக்கிறது. நஞ்சின் உட்புறப்பை ஒட்டி இருந்து, தொப்பூழ் குமிழ்க்குச் சென்று, அதை மூடுகிறது. தொப்பூழ் பகுதியில் சிசுவின் வெளி உறைகளுடன் ஒட்டியுள்ளது. அம்னியான், ஒரு மெல்



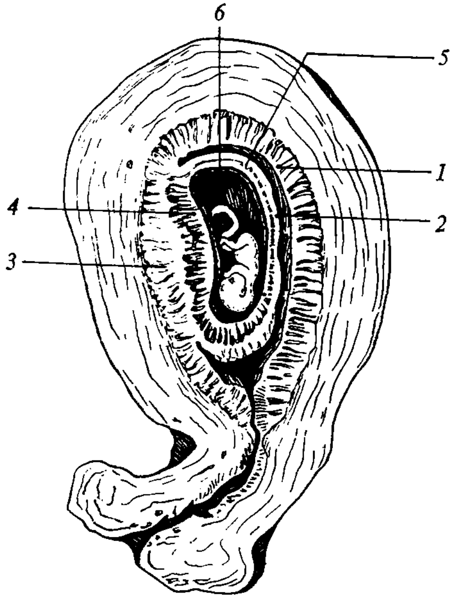
படம் 50. உதிரும் படலத்தின் நெருக்கமான அடுக்கு
1. உதிரும் செல்கள் 2. சுரப்பி

லிய படலமாகும். மீசென்கைமாவால் உருவான, இணைப்புத் திசு செல்களும், எபிதீலியமும், இதில் காணப்படுகின்றன.

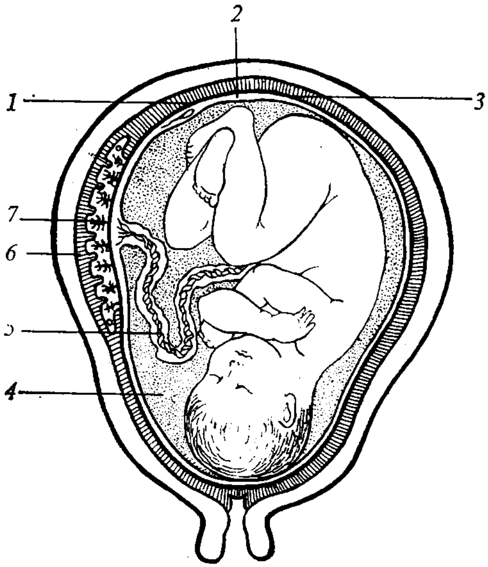
சிசுக்கு மிகமிக அருகில் உள்ள, மிகவும் உள்ளேயுள்ள படலமே அம்னியான் எனப்படுகிறது. இதையடுத்து கோரி



படம் 51. கோரியான் வளர்ச்சி அ) ஒரு மாத வயதுக்கரு. விரலிகளின் ஒரே சீரான வளர்ச்சி ஆ) 2மாதக் கருவின் கோரியான் இ) 3 மாத வயதுக் கோரியான்
1. கோரியான் பிரண்டோசம்2. கோரியான் லீவா



படம் 52. உதிர்படலத்தின் பகுதிகள் 1. வெளிப்புற உதிர்படலம் 2. உறை உதிர்படலம் 3. அடிப்படை உதிர் படலம் 4. கோரியான் பிரண்டோசம் 5. கோரியான் லீவா



படம் 53. கர்ப்பப்பையில் படலங்களின் அமைப்பு
1. கோரியான் லீவா 2. அம்னியான் 3. உறை உதிர்படலமும் வெளிப்புற உதிர் படலமும் ஒட்டியிருக்கிறது 4. அம்னியான் குழிவு 5. தொப்பூழ் 6. அடிப்படை உதிர்படலம் 7. கோரியான் பிரண்டோசம்

யானும், இறுதியாக உதிர்படலமும் காணப்படுகின்றன. (படம் 53)

அம்னியாடி திரவம். *அம்னியான் குழியில் திரவம் காணப்படுகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் இதன் அளவு 1—1.5 லிட்டராகும். அம்னியான் எபிதீலியத்திலிருந்து, சுரப்பு மூலம், இந்த திரவம் உருவாகிறது. தாயின் இரத்த நாளங்களிலிருந்து கசியும் இரத்தத்திலிருந்தும், சிசுவின் நீரகங்கள் பணியாற்றுவதன் விளைவாலும், இந்தத் திரவத்தின் ஒரு பகுதி உண்டாகிறது. இந்தத் திரவத்தில், எபிடெர்மிசின் உதிர்ந்த பகுதிகளும், சருமத்தின் சீபசுரப்பிகளின் விளைபொருட்களும், சிசு உடலின் நுண்ணிய ரோமங்களும் (லேனுகோ) காணப்படுகின்றன.*

அம்னியாடிக் திரவத்தில் புரதம், மற்றும் உப்புக்கள், யூரியா, கொழுப்பு, சர்க்கரை, ஹார்மோன்கள் (ஃபாலிக்குலின், கோனடோடிரோமிக் ஹார்மோன்) நுண்பொருட்கள் முதலியன காணப்படுகின்றன.

அதற்கு மிகப் பெரிய உடலியங்கியல் முக்கியத்துவம் உண்டு:

1) சிசுவளர்வதற்கான, மற்றும் கர்ப்பப்பையில் அதன் அசைவுகளுக்குச் சாதகமான சூழ்நிலையை அம்னியாடிக் திரவம் உண்டாக்குகிறது. இந்த திரவம் மிகவும் குறைவாக இருந்தால் (ஒலிகோ ஹைட்ரம்னியோஸ்) சிசுவிற்கு பிறவி ஊனங்கள் உண்டாகின்றன; சிசுவின் வளர்சிதை மாற்றத்தில் அம்னியாடிக் திரவம் பங்கு கொள்கிறது.

2) மென்மையான சிசுவை, பாதகமான வெளி விளைவுகளிலிருந்து, திரவம் பாதுகாக்கிறது.

3) சிசு உடலுக்கும், கர்ப்பப்பை சுவருக்கும் இடையே, தொப்பூள் கொடி சிக்கி நசுங்கி விடுவதை, அம்னியாடிக் திரவம் தடை செய்கிறது. (நசுக்கலால், சிசு மரணம் நிகழலாம்)

4) பேறுகாலத்தின்போது சிசுப்படலத்தில் காணப்படும் அம்னியாடிக் திரவம், கபப்பப்பைக் கழுத்து துவாரம், சகஜமாக விரிவடைவதை ஊக்குவிக்கிறது.

நச்சுக்கொடி

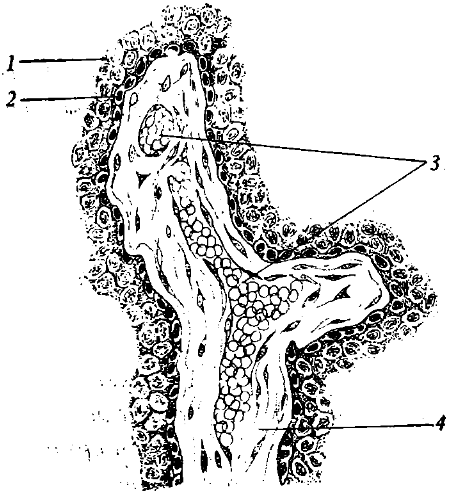
இது ஒரு முக்கிய உறுப்பாகும். இதன் போஷாக்குப் பெறுகிறது, கழிவுப் பொருட்களை அகற்றுகிறது. ஆகவே, நச்சுக்கொடி கீழ்க்கண்ட பணிகளைப் புரிகின்றது: நுரையீரல்களின் பணிகள், செரிமான மண்டல மற்றும் இரைப்பைக் குடல், சிறுநீரகங்கள், சருமம், மற்றும் பல உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் பணிகள்.

கோனடோடிரோபிக் ஹார்மோன்கள், மற்றும் ஈஸ்ட்ரோஜன்கள், புரோஜெஸ்டிரான் ஆகியவை, நச்சுக்கொடியால் உற்பத்தி செய்யப்படுகின்றன. இதில், ஹைட்ரோகார்டிசோன் மற்றும் வளர்ச்சி ஹார்மோன், அட்ரினோகார்டிகோ டிரோபிக் ஹார்மோன், மற்றும் பல ஹார்மோன்களும், காணப்படுகின்றன.

புரதங்கள் மற்றும் மாவுப்பொருட்கள், கொழுப்புக்கள், பாஸ்படைடுகள், வைட்டமின்கள், நுண்பொருட்கள், அயச்சுத்து, மற்றும் பல பொருட்கள், நஞ்சு திசுவில் காணப்படுகின்றன.

அடிப்படை உதிர் படலத்திலிருந்தும் நன்கு வளர்ச்சியடைந்த கோரியானிக் வில்லையிலிருந்தும், நச்சுக்கொடி உருவாகிறது. நஞ்சின் பெரும் பகுதியான விரலிகள், மரம் போன்ற கிளைகளுடன் காணப்படுகின்றன (படம் 54). பெரிய விரலிகளின் உள்ளே காணப்படும் இரத்த நாளங்களாகப் பிரிந்து, புதிய விரலிகளுக்குள் நுழைகின்றன. இறுதி

படம் 54. முதிர்ச்சியடைந்த நஞ்சின் விரலிகள்



படம் 55. விரலியின் அமைப்பு (உருப் பெருக்கியினடியில்)
1. ஒன்றிய குழியம் 2. சைடோடிரோ போ பிளாஸ்ட் 3. இரத்த நாளங்கள் 4. கருசார்ந்த இணைப்புத் திசு

விரலிகளில் தந்துகி வளையங்களே காணப்படுகின்றன. விரலிப்பரப்பில் எபிதீலியத்தின் இரண்டு அடுக்குகள் காணப்படுகின்றன. வெளிப்புற உறையில் காணப்படும், புரோட்டோபிளாஸ் மத்தொகுப்பில், (செல்லுறைகள் காணப்படுவதில்லை) உட்கருக்கள் காணப்படுகின்றன. இந்த அடுக்கையே ஒன்றிய குழியம் என்கிறோம். (படம் 55) செல்களையும், உதிர்படலத்தின் நாளங்களையும் கரையச் செய்யும் திறன் இதற்கு உண்டு. ஒன்றியக் குழியத்தின் அடியில் சைடோடிரோபோபிளாஸ்ட் (லாங் ஹான் செல்கள்) காணப்படுகிறது.

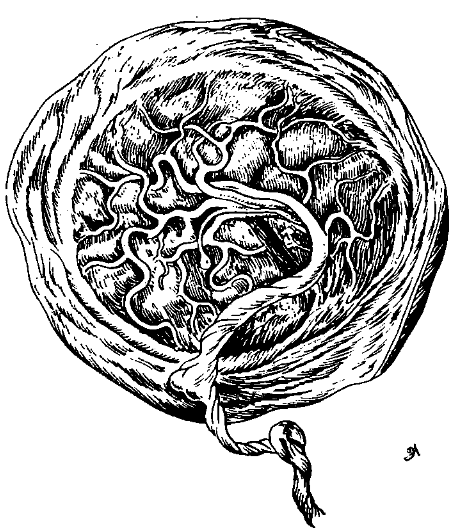
சில விரலிகள், அடிப்படை உதிர் படத்தினுள் வளர்ச்சியடைகின்றன. இந்த விரலிகள், நஞ்சின் சிசுப்பகுதியுடனும், தாய் பகுதியுடனும் தொடர்பு கொண்டுள்ளன (நிலைத்த விரலிகள்). மிகப்பல நுண்ணிய விரலிகள், விரலி இடைப் பள்ளத்தினுள்ள இரத்த ஓட்டத்தில் அடித்துத் தள்ளப்படுகின்றன. ஒன்றிய குழியத்தால் அழிக்கப்பட்ட தாய் நச்சுக்கொடியின் இரத்த நாளங்களிலிருந்து; விரலிகளிடையே காணப்படும் இரத்தம், பெறப்படுகிறது. (வண்ணப் படங்கள் 1, 2)

விரலிகளில் காணப்படும் தாய் இரத்தம் உறைவதில்லை; அது போன்றே, விரலியினுள் காணப்படும், சிசு இரத்தத்துடன் கலப்பதில்லை. விரலிகளைக் கழுவிக் கொண்டிருக்கும் தாய் இரத்தத்திற்கும், விரலி நாளங்களுள் ஓடிக் கொண்டிருக்கும் இரத்தத்திற்கும், இடையே நிரந்தரமான பரிமாற்றம் உண்டாகிறது. தாயின் இரத்தத்திலிருந்து ஆக்ஸிஜனையும், போஷாக்கையும், சிசு, பெறுகிறது. அதே போது, கழிவுப்பொருட்களும், கரியமிலவாயுவும், சிசுவின் உடலிலிருந்து, தாய் இரத்தத்திற்குள் செல்கிறது.

தோற்றத்தில், நச்சுக்கொடி ஒரு பருமனான முட்டை வடிவ அப்பம் போன்று இருக்கிறது. (லத்தீன் மொழியில் பிளசெண்டா என்றால் ஒரு தட்டையான அப்பம் என்று பொருள்) கர்ப்பத்தின் இறுதியில், பிரசவத்தின் பின்னர், நஞ்சின் விட்டம் 15—18 செ. மீ ஆகும். அதன் பருமன் 2—3 செ. மீ ஆகும். எடை 500—600 கிராம் ஆகும். நச்சில் இரண்டு பரப்புகள் உள்ளன: கர்ப்பப்பைச் சுவருக்கு அருகேயுள்ள தாயின் பக்கமான பரப்பு, அம்னியாடிக் குழிவை உள் நோக்கியுள்ள சிசு வின்பக்கமான பரப்பு. (படம் 56)

சிசுவின் பக்கமான பரப்பில் மழமழப்பான மிளிருகின்ற படலத்தின் அடியில் கோரியானிக் இரத்த நாளங்கள் காணப்படுகின்றன. அவை ஆரவட்டத்தில், தொப்பூழ் இணைப்பிலிருந்து, நஞ்சுப் புறப்பரப்பிற்குச் செல்லுகிறது.

நச்சின் சம்பல் நிற—சிவந்த கர்ப்பப்பை பரப்பு, சில ஆழ்ந்த பள்ளங்களால் பலமடல்களாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளன. (காடிலீடன்கள்) மெல்லிய உதிர்படலத்தால், தாய் பக்கமான பரப்பிற்கு சாம்பல் நிறம் கிடைக்கிறது. இது, நச்சின் பெரும் பகுதியை அமைக்கும் விரலிகளின் மேல் காணப்படுகிறது. சகஜமாக நச்சு, கர்ப்பப்பையின் மேற்பகுதியுடன் ஒட்டியுள்ளது. அதன் முன்புற அல்லது பின்புற சுவர், அபூர்வமான கேசுகளில், கர்ப்பப்பையின் அடிக்குழியில் அல்லது குழல்கள் பொருந்தியுள்ள இடத்தில், இணைக்கப்பட்டுள்ளது.



படம் 56. நச்சுக்கொடி
அ) சிசுவின் பக்கமான பரப்பு
ஆ) தாயின் பக்கமான பரப்பு

தொப்பூழ்

சிசுவிலிருந்து கோரியானுக்குச் செல்லும் இரத்த நாளங்களைக் கொண்டுள்ள அலண்டாயிசிலிருந்து தொப்பூழ் கொடி உண்டாகிறது. இது, வயிற்றுக் காம்பு வழியாகவும் செல்கிறது. முதிராத் தொப்பூழில், கரு இழைப்பையின் எஞ்சியவைகள் உள்ளன.

தொப்பூழ் என்பது ஒரு கயிறு போன்ற அமைப்பாகும். இதில் இரண்டு

தமனிகளும், ஒரு சிரையும் காணப்படுகின்றன. இவை, இரத்தத்தை, நச்சிலிருந்து சிசுவுக்கும், சிசுவிலிருந்து நச்சுக்கும் எடுத்துச் செல்கின்றன. தொப்பூழ் தமனி சிசுவிலிருந்து நச்சுக்கு சிரை இரத்தத்தைக் கடத்துகிறது. தொப்பூழ் சிரை, நச்சில் ஆக்ஸிஜனைப் பெற்ற தமனி இரத்தத்தை, சிசுவுக்கு வழங்குகிறது. தொப்பூழ் நாளங்களைச் சுற்றி, வார்டனின் ஜெல்லி காணப்படுகிறது. இந்தப் பொருளில் கரு சார்ந்த இணைப்புத் திசு செல்கள் காணப்படுகின்றன. தொப்பூழ் நாளங்கள் சுருண்டு காணப்படுகின்றன. தொப்பூழ் கொடி பூராவும் முறுக்கிக் காணப்படுகிறது. தொப்பூழின் வெளிப் பகுதியில் ஒரு மெல்லிய படலம் காணப்படுகிறது. இது, அம்னியானுடன் தொடர்ந்து இருக்கிறது. தொப்பூழ் கொடி, சிசுவை நச்சுடன் இணைக்கிறது. அதன் ஒரு நுனி சிசுவின் தொப்பூழ் கொடியுடன் பொருத்தியுள்ளது, மற்ற நுனி, நச்சுடன் இணைந்துள்ளது. தொப்பூழ், நச்சின் மத்தியில் பொருந்தியிருக்கலாம்; (மத்திய இணைப்பு); நச்சின் பக்கவாட்டில் பொருந்தியிருக்கலாம்;(பக்கவாட்டு இணைப்பு); நச்சின் விளிம்பில் பொருந்தியிருக்கலாம். (விளிம்பு இணைப்பு) அபூர்வமான கேசுகளில், தொப்பூழ் கொடி, படலத்துடன்—அது நச்சை அடையும் முன்னரே பொருந்தியுள்ளது. (படல் இணைப்பு இங்கு, தொப்புழ் நாளங்கள், படலத்தின் இடையே செல்கின்றன.)

தொப்பூழ் கொடியின் நீளமும் அகலமும், சிசுவின் வயதைப் பொறுத்து வேறுபடுகிறது. கர்ப்பப்பையுள் சிசுவின் நீளமும், தொப்பூழ் கொடியின் நீளமும் சமமாகவே இருக்கும். முதிர்ச்சி நிலையில் அதன் நீளம் 50 செ.மீ அதன் விட்டம் 1.5 செ.மீ இதைவிட நீளமாகவோ (60—80 செ.மீ) அல்லது குட்டையாகவோ (35—40 செ.மீ) இருக்கலாம் வார்டனின் ஜெல்லியைப் பொறுத்து, அதன் பருமன் வேறுபடுகிறது.

பிறப்புப்பின் பொருளில் கீழ்க்கண்டவை காணப்படுகின்றன:—1) நச்சு 2) தொப்பூழ் கொடி 3) அம்னியான், உதிர்படலம். குழந்தை பிறந்தவுடன், கர்ப்பப்பையிலிருந்து பிறப்புப்பின் பொருள் வெளியே தள்ளப்படுகிறது.

சிசுவின் மண்டலங்களின் வளர்ச்சி

நரம்பு மண்டலம். கருவளர்ச்சியின் துவக்க காலத்தில், மூளையின் முன்னோடி உருவாகிறது. அதன் வளர்ச்சி மிகவும் துரிதமாக இருக்கிறது. கர்ப்பப்பை உள்வளர்ச்சியின் இரண்டாவது மாதத்திலேயே, கருவில், வளைவின் கருப்பொருட்கள் காணப்படுகின்றன. நரம்பு—தசை அமைப்பின் தூண்டலால் எழும் இயக்க அனிச்சைகள், சிசுவின் 2—3 வது மாதங்களிலேயே காணப்படுகின்றன. சருமம் மற்றும் சிலேட்டுமப் படலங்கள், நாண்கள் ஆகியவற்றின் அனிச்சைகள், கருவின் 2 முதல் 5வது மாதங்களிலேயே காணப்படுகின்றன. கர்ப்பப்பை உள்வளர்ச்சியின் 5வது மாதத்திலேயே தண்டுவடம் உருவாகிவிடுகிறது. சிசு வளர்ச்சியின் 6வது 7 வது மாதங்களிலேயே பெருமூளை சுருள்கள், முழுவளர்ச்சி அடைகின்றன. ஆனால் குழந்தை பிறந்த பின்னர் தான் அவற்றின் பணிகள் துவங்குகின்றன. பெருமூளைப் புறணிக்குக் கீழே காணப்படும் மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் மற்ற பகுதிகளும், தண்டுவடமும், கர்ப்பப்பை உள்வளர்ச்சியின் போதான சிசுவின் மிக முக்கிய பணிகளை, கட்டுப்படுத்துகின்றன. (''கர்ப்

பப்பை உள் வளர்ச்சி'' எனும் போது கர்ப்பப்பையின் உள்ளே வளர்ச்சி டைந்து கொண்டிருக்கும் சிசுவைக் குறிப்படுகிறோம். மொ—ர்)

இரத்த உற்பத்தி மண்டலம். சிசு இரத்தத்தின் கருப்பொருட்கள், முதலில் கரு இழைப்பையின் சுவரில், உருவாகின்றன. சிசுவின் இரண்டாவது, 3 வது மாதங்களில், கல்லீரல் தான், பிரதான இரத்த உற்பத்தி மையமாக அமைகிறது. மூன்றாவது மாத இறுதியில் எலும்புமச்சை, இந்தப் பணியை ஏற்றுக் கொள்கிறது. கர்ப்பப்பை உள் வளர்ச்சியின் 4வது மாதத்திலிருந்து, இரத்த உற்பத்திப் பணியை, மண்ணீரல் ஏற்றுக் கொள்கிறது. (ஈ.வி.கிராவ் சோவா)

சிசு வளர்ச்சியின் துவக்கக் கட்டங்களில், இரத்தத்தின் உருவான பருப்பொருட்களும், ஹீமோகுளோபினும் குறைவாகவே இருக்கின்றன. சிவப்பு அணுக்கள், உட்கரு கொண்டுள்ளன. வயது ஏற ஏற, சிசுவில், சிவப்பணுக்கள், ஹீமோகுளோபின், வெள்ளணுக்கள், ஆகியவற்றின் அளவு, இரத்தத்தில் அதிகரிக்கிறது.

முதிர்ந்த சிசுவின் சிவப்பு அணுக்கள், ஹீமோகுளோபின் ஆகியவற்றின் எண்ணிக்கை, வயது வந்தவர்களை விட, அதிகமாகவே இருக்கிறது. சிசுவிற்கான ஆக்ஸிஜன் விநியோகம், இதனால் அதிகரிக்கிறது. சிசுவில், வெள்ளணுக்களின் எண்ணிக்கை, வயது வந்தவர்களை விட குறைவாகவே இருக்கிறது. இரத்தப் புரத்தின் பிரதான பிரிவுகளும், இரத்த உறைவுக்கான சாதனங்களும், கர்ப்பப்பை உள்வாழ்வின் இரண்டாவது பகுதியில் தான் தோன்றுகின்றன.

கருப்பை உள்வாழ்வின் போது, உட்சுரப்புக்கான சுரப்பிகள் உருவாகின்றன; பிட்யூடரி, தைராய்டு, அட்ரினல் சுரப்பிகள்; சிசுவில், பணியாற்றத் துவங்கின்றன. சூலகங்களில், துவக்க கால குமிழ்பைகள் வளரத் துவங்குகின்றன. ஆனால் ஒரு குறிப்பிட்ட நிலையை அடையுமுன்னரே, அவற்றின் வளர்ச்சி தடைபடுகிறது.

இரத்த சுழற்சி. கரு, நிலை பெற்றவுடன், அதாவது கருப்பை உள்வாழ்வின் இரண்டாவது வாரத்திலேயே, சிசுவின் இருதயம், விரிந்துசுருங்கத் துவங்குகிறது. இரத்த சுழற்சி பணியை, பல கட்டங்களாகப் பிரிக்கலாம்.

முட்டையைச் சுற்றியுள்ள சிதைவடையும் திசுக்களிலிருந்து, டிரோபோபிளாஸ்ட் வழியாக, கருவுக்கு நிலை பெற்றவுடன் போஷாக்கு அளிக்கப்படுகிறது. கருவாழ்வின் இரண்டாவது வாரத்திலேயே, கரு இழைப்பை சுவரில், இரத்த நாளங்களும் மற்ற இரத்தப் பொருட்களும் உருவாகின்றன. கருவின் இரத்த சுழற்சியும் துவங்குகிறது. கர்ப்பத்தின் முதல் மாத இறுதியிலேயே, கோரியானிக் விரலிகளின் உள், அலண்டாய்சு நாளங்கள் நுழைகின்றன. இதிலிருந்து, அலண்டாய்சு இரத்த சுழற்சி துவங்குகிறது. கர்ப்பத்தின் மூன்றாவது மாதத்தில் நஞ்சு உருவாகி, அலண்டாய்சு சுழற்சியை ஏற்றுக் கொள்கிறது.

கருப்பை உள் சிசு, நஞ்சு வழியாக, தாய் இரத்தத்திலிருந்து, ஆக்ஸிஜனையும் போஷாக்கையும் பெறுகிறது. ஆகவே சிசுவின் இரத்த சுழற்சிக்கு, சிறப்புப் பணிகள் உள்ளன. (வண்ணப் படம் 3)

நச்சிலிருந்து பெற்ற போஷாக்குகளாலும், ஆக்ஸிஜனாலும் செறிவடைந்த சிசு இரத்தம், தொப்பூழ் சிரை வழியாக சிசுவின் உடலை அடைகிறது. தொப்பூழ் வட்டத்தின் வழியாக சிசுவின் வயிற்றை அடைந்த தொப்பூழ்

சிரை, கல்லீரலினுள் நிறைய கிளைகளை விட்டு, கீழ்பெருஞ்சிரையை அடைந்து, அதனுள் தமனி இரத்தத்தை செலுத்துகிறது. உள்ளுறுப்புக்கள் மற்றும் சிசுவின் கீழ்ப்பகுதி ஆகியவற்றிலிருந்து வரும் சிரை இரத்தத்துடன், தமனி இரத்தம், கீழ்பெருஞ்சிரையில் கலக்கிறது. தொப்பூழ் வளைத்திலிருந்து வரும் தொப்பூழ் சிரையின் பகுதி, கீழ்பெருஞ்சிரையுடன் சேர்ந்து அராண்டியஸ் நாளம் எனப்படுகிறது. (சிரை நாளம்)

கீழ்பெருஞ்சிரையிலிருந்து இரத்தம் வலது ஏட்ரியத்தை அடைகிறது. மேற்பெருஞ்சிரையும் தனது இரத்தத்தை இதனுள் செலுத்துகிறது.

கீழ்ப்பெரும் மற்றும் மேற்பெரும் சிரைகளிலிருந்து வரும் இரத்தம் ஒன்றோடொன்று கலப்பதை யூஸ்டேஷியன் வால்வு தடுக்கிறது. இந்த வால்வு, கீழ்பெருஞ்சிரையிலிருந்து வரும் இரத்தத்தை வலது ஏட்ரியத்திலிருந்து, இடது ஏட்ரியத்திற்கு, இரண்டு ஏட்ரியாக்களுக்குமிடையேயுள்ள ஓவல் துவாரத்தின் வழியாக, அனுப்புகிறது. இடது ஏட்ரியத்திலிருந்து இரத்தம் இடது வெண்டிரிக்கிளுக்கு அனுப்பப்பட்டு, அங்கிருந்து மகாதமனிக்குச் செல்கிறது. நிறைய ஆக்ஸிஜன் கொண்ட, ஏறுதமனியிலுள்ள இரத்தம், சிசு உடலின் மேற்பகுதிக்கும், தலைக்கும், செல்லும் இரத்த நாளங்களினுள் செல்கிறது.

மேற்பெருஞ்சிரையிலிருந்து வலது ஏட்ரியத்தினுள் செல்லும் சிரை இரத்தம், வலது வெண்டிரிக்களுக்குச் சென்று நுரையீரல் தமனிகளை அடைகிறது.

நுரையீரல் தமனிகளிலிருந்து, மிகக் குறைந்த அளவு இரத்தம், செயல்படாத நுரையீரல்களுக்குச் செல்கிறது, மிகப் பெரும் பகுதி இரத்தம், தமனி நாளத்தின் வழியாக (பொடல்லோ நாளம்) கீழிறங்கு தமனிக்குச் செல்கிறது. பெருமளவு சிரை இரத்தத்தைக் கொண்டுள்ள, கீழிறங்கு தமனியின் இரத்தம், சிசுவின் கால்களுக்கும், உடலின் கீழ்பகுதிக்கும் செல்லுகிறது. சிசுவின் ஆக்ஸிஜன் இல்லாத இரத்தம், தொப்பூழ் தமனிகளுக்குள் செல்லுகின்றது. (இலியாக் தமனியின் கிளைகள்) இங்கிருந்து நஞ்சுக்குச் சென்று, ஆக்ஸிஜனையும் போஷாக்கையும் பெற்று கழிவுப் பொருட்களும், கரியமிலவாயுவும் அகற்றப்படுகின்றன தொப்பூழ் சிரை வழியாக சிசுவை அடைகிறது.

ஆகவே, தொப்புழ்சிரை, சிரை நாளம், கல்லீரல் கிளைகள் ஆகியவை மட்டுமே சுத்தமான தமனி இரத்தத்தைக் கொண்டுள்ளன. கீழ்பெருஞ்சிரையும், மேமேறு மகாதமனியும் கலவை இரத்தத்தைக் கொண்டுள்ளன. ஆனால், கீழிறங்கு மகாதமனியின் இரத்தத்தைவிட, நிறைய ஆக்ஸிஜன் இதில் இருக்கிறது. உடலின் கீழ்ப்பகுதியை விட சிசு உடலின் மேற்பகுதியும் கல்லீரலும், தமனி இரத்தத்தை அதிகமாகப் பெறுகின்றன. இதனால், கர்ப்பத்தின் முதல் பாதியில் சிசுவின் கல்லீரல் பெரிதாக இருக்கிறது. உடலின் கீழ்ப்பகுதியை விட மேற்பகுதி, துரிதமாக வளர்ச்சி அடைகிறது.

சிசு வளர வளர, ஓவல் துளை குறுகலடைகிறது; யூஸ்டேஷியன் வால்வு சிறிதாகிறது. தமனி இரத்தம் ஒரே சீராகவும் சமமாகவும் பகிர்ந்தளிக்கப்படுவதால், உடலின் கீழ்பகுதியின் வளர்ச்சியும், மேற்பகுதியின் வளர்ச்சியும் சமமாக உள்ளது.

பிறந்தவுடன், குழந்தை முதல் தடவையாக மூச்சு விடுகிறது. இதைத் தொடர்ந்து நுரையீரல் மூச்சுவிடலும்,

கருப்பைக்கு வெளியேயான இரத்த சுழற்சியும், துவங்குகின்றன. (வண்ணப்படம் 5)

முதல் மூச்சின் இயல் இயக்கம் மிகவும் சிக்கலானது. சிசுபிறந்தவுடன், நச்சு இரத்த சுழற்சி நின்று விடுகிறது. சிசுவுக்கான ஆக்ஸிஜன் வினியோகம் நின்று விடுகிறது. இளங்குழந்தையின் முதல் மூச்சு எடுக்கிறது. இளங்குழந்தையின் சருமகிரகிப்பிகளுக்கு செலுத்தப்படும், தப்ப வெப்ப, தொடு, போன்ற தூண்டல்களுக்கான பிரதிவினைகளும், கருப்பை வெளியிலான மூச்சுவிடல் மீது விளைவை உண்டாக்குகின்றன.

குழந்தை மூச்சுவிடத் துவங்கியதும், நுரையீரல் சிற்றறைகள் விரிவடைகின்றன. நுரையீரல்களுக்கு இரத்தம் செல்கிறது. நுரையீரல் தமனிகள் வழியாக, நுரையீரல்களுக்கு இரத்தம் செல்லுகிறது. அதே போது தமனி நுண்குழலும், சிரை நுண்குழலும் நாளமும் செயலற்றுப் போகின்றன.

நுரையீரல்களில் ஆக்ஸிஜனால் செறிவடைந்த இளங்குழந்தையின் இரத்தம், நுரையீரல் சிரைகள் வழியாக இடது ஏட்ரியத்தை அடைந்து, இடது வெண்டிரிக்களுக்குச் சென்று மகாதமனியை அடைகிறது; ஏட்ரியாக்களுக்கு இடையேயான ஓவல்துளை, மூடப்பட்டு, கருப்பைக்கு வெளியேயான இரத்த சுழற்சி துவங்குகிறது.

மூச்சு மண்டலம். குழந்தை பிறக்கும் வரை, மூச்சு உறுப்புக்கள் பணிபுரிவதில்லை. பிறந்தபின் தான், குழந்தை, முதல் மூச்சை எடுக்கிறது.

கருப்பை உள் சிசுவில், மேலெழுந்தவாரியான மூச்சு அசைவுகள் நிகழ்கின்றன என்பது சென்ற நூற்றாண்டில் (ஆல்ஃபெல்டு) நிர்ணயிக்கப்பட்டது. ஆம்னியாடிக் திரவம், மூக்கு மேற் கொண்டையினுள் நுழைந்து, உடனடியாக வெளியேற்றப்படுகிறது. இத்தகைய மூச்சு அசைவுகளின் போது, சிசுவின் உள்ளே வெகு தூரும் திரவம் செல்வதில்லை. ஏனெனில் ரைமாகிளாட்டிடிஸ் மூடப்பட்டுள்ளது. இந்த மூச்சு அசைவுகள், மார்பில் வெற்றிடத்தை உண்டாக்குவதால், சிசுவின் இரத்த சுழற்சி துரிதமடைகிறது. (ஐ. ஏ. ஆர்ஷாவ்ஸ்கி)

நச்சுக்கொடியின் வழியாக, சிசுவுக்கு ஆக்ஸிஜன் வழங்கப்படுகிறது. விரலிடைப் பள்ளங்களில் ஓடிக்கொண்டிருக்கும் தாய் இரத்தத்தின் ஆக்ஸிஜன், விரலிகள் வழியாக சிசு இரத்தத்திற்குச் செல்லுகிறது. சிசுவிலிருந்து கரியமிலவாயு அகற்றப்பட்டு, தாய் இரத்தத்திற்குள் செலுத்தப்படுகிறது. எபிதீலியம் மற்றும் விரலிகளின் உட்பிழம்பு, சிசு தந்துகிகளின் எண்டோதீலியம் ஆகியவற்றின் மூலம் பரவல் முறையில் தாய்க்கும், சிசுவுக்கும் இடையில் வாயும் பரிமாற்றம் நிகழ்கிறது.

சிசு துரிதமாக வளருகிறது. அதன் வளர்சிதை, மாற்றம் முனைப்பாக இருக்கிறது, ஆக்ஸிஜன் தேவைகள் மிகையாக இருக்கின்றன.

நச்சுக்கொடி வழியிலான ஆக்ஸிஜன் வினியோகம் போதாவிடில், உண்டாகும் குறையாக்கியம், கருப்பை உள் சிசுவின் வளர்ச்சியைத் தடை செய்கிறது. அது, சிசுவின் மரணத்திற்குக் காரணமாகவும் அமையலாம். சகஜமான ஆக்ஸிஜன் வினியோகத்திற்கு ஊறுவிளைவிக்கும் காரணங்கள், சிசு இரத்தத்தில் கரியமிலவாயுத் தேக்கத்தை ஊக்குவித்து, கருப்பையுள் சிசுவிற்கு திணறலை ஏற்படுத்தி, ஆக்ஸிஜன் பற்றாக்குறையையும், கரியமிலவாயுத் தேக்கத்தையும் உண்டாக்குகிறது. மூச்சுத் திணறலுக்கான காரணம்

அகற்றப்படாவிடில், சிசு மரணமடைகிறது.

தயையின் சில நோய்களாலோ அல்லது தொப்பூழ் நஞ்சு, ஆகியவற்றில் ஏற்படும் மாற்றங்களாலோ, சிசுவின் வாயு வளர்சிதை மாற்றம் கோளாறடைகிறது. சோகை நோய் மற்றும் இருதய நுரையீரல் நோய்கள், காய்ச்சல், கர்ப்ப நச்சு நோய் போன்ற தாயின் மற்றும் பல நோய்கள், சிசுவுக்கு ஆக்ஸிஜன் வழங்கப்படுவதைத் தடை செய்கிறது. சிசுவுக்கும் தாய்க்கும் இடையேயான, நச்சு வழி பரிமாற்றப் பரப்பு குறைந்தால், சிசுவில் குறையாக்கியம் தோன்றுகிறது. குருதிப்பெருக்காலும், சோகை நசிவுகளாலும் (சிதைந்த நஞ்சுத் திசு) மேற்கூறியது நிகழலாம். கர்ப்ப நச்சு நிலையில், சிறுநீரக நோய்களில், தாயின் இருதய—இரத்த நாள நோய்களில், நஞ்சில் குருதிப் பெருக்கும், திசு நசிவும் உண்டாகலாம்.

கருப்பைச் சுவரிலிருந்து, நஞ்சு உரிய காலத்திற்கு முன்பே பிரிந்து விட்டால், வாயுப் பரிமாற்றம் பாதிக்கப்படுகிறது. பிரிந்த நச்சின் பரப்புக்கள் அதிகமாக இருந்தால், சிசுவின் வாயுப்பரிமாற்றமும் பெருமளவில் பாதிக்கப்படுகிறது. நச்சின் பாதிக்கு மேல் சிதைவடைந்தால் அல்லது பிரிந்தால், சிசுவை இழக்க நேரிடும்.

கோளாறு பற்றிய பிரசவத்தின் போது, (நீண்ட நேரம் நீடித்த பிரசவவேதனை; அடிக்கடியான வலிகள், நீண்ட உலர்ந்த காலம்) மூச்சுத் திணறலால் சிசு பாதிக்கப்படுகிறது. ஏனெனில் கருப்பை—நச்சு இரத்த சுழற்சி பாதிக்கப்படுகிறது.

சிசுவிற்கு ஆக்ஸிஜன் வினியோகமும், கரியமிலவாயு அகற்றலும், தொப்பூழ் கொடியின் இரத்த சுழற்சி பாதிக்கப் பட்டால், பாதிக்கப்படுகிறது. இவற்றின் காரணங்களாவன: உண்மை தொப்பூழ் முடிச்சுகள்; தொப்பூழ் கொடியின் வீக்கம்; பிறப்புப் பாதைக்கும் சிசுவுக்கும் இடையே தொப்பூழ் கொடி நசுங்கிப்போதல்.

தொப்பூழ் நாளங்கள் மிகவும் கூருணர்ச்சி கொண்டவை. மிகையான குளிர்ச்சி, நசுக்கப்படல், ஓரளவான யாந்திரீக் விளைவுகள் ஆகியவை, நாளங்களின் உட்துவாரத்தை குறுக்கி, இரத்த சுழற்சியையும், வாயுப் பரிமாற்றத்தையும் பாதிக்கின்றன.

சிசுவிற் போஷாக்கு. கருப்பை உள் வாழ்வின் போது, செரிமான உறுப்புக்களின் சுரப்புப்பணி துவங்குகிறது. கல்லீரல், 4வது 5வது மாதத்திலேயே கிளைகோஜனைத் தொகுத்து பித்த நிரை உண்டாக்குகிறது. சிசுவின் முதல் மலம் (மீகோனியம்) சிசுவின் குடலில் உருவாகிறது. மீகோனியத்தில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கியுள்ளன: அம்னியாடிக் திரவம், பித்த நீர், விழுங்கப்பட்ட குறுமயிர், மேல் சருமச் செதிள்கள், சரும சீப சுரப்பியின் சுரப்புகள் முதலியன. மீகோனியம் தோற்றத்தில் கட்டியான மஞ்சள் பாகு போன்றுள்ளது. இரைப்பை-குடல் பாதையில் குடல் நொதிகள் காணப்படுகின்றன.

எனினும், சிசுவின் செரிமானப் பணிகள், நச்சுக்கொடியால் ஆற்றப்படுகின்றன. தாயிலிருந்து நச்சுக்கொடி வழியாக சிசுவுக்கு போஷாக்குப் பொருட்கள் வழங்கப்படுகின்றன. போஷாக்குகளைப் பகுக்கும் என்சைம்களை நச்சுக்கொடி உற்பத்தி செய்கிறது. புரதங்கள், கொழுப்புக்கள், மாவுப்பொருட்கள் (தாய் இரத்தத்தின்) நச்சு விரலிகளால் பிடிக்கப்பட்டு, சிக்கலான என்சைம் வினைகள் உண்டாகின்றன. இதன் மூலம், சிசு, பொருட்களை எளிதில் கிரகிக்க முடிகிறது. புரதங்கள், மற்றும்

மாவுப்பொருட்களின் இடைவிளை பொருட்கள் (அமைனோ அமிலங்கள், குளுகோஸ்), மற்றும் தாது உப்புக்கள், தண்ணீர் ஆகியவை ஊடுபரவிய முறை மூலம் நச்சுக்கொடியினுட் புகுகின்றன. வளரும் சிசுவிற்குத் தேவையான அவசியமான பொருட்களும், வைட்டமின்களும், நச்சுக்கொடி வழியாகவே, சிசுவுக்கு அளிக்கப்படுகின்றன.

ஆகவே, தாயிலிருந்து செல்லும் போஷாக்கைப் பொறுத்து குழந்தையின் வளர்ச்சி இருக்கிறது. கர்ப்பமடைந்த பெண்ணுக்கான சரியான உணவு தாய்க்கும், சிசுவுக்கும் மிகவும் இன்றியமையாததாகும்.

பற்றாக் குறையான போஷாக்கு, சிசுவின் குறைவளர்ச்சிக்குக் காரணமாக அமைந்து, சிசுவின் மரணத்தில் முடியலாம். சிசுவின் கருப்பை உள் குறைவளர்ச்சியும், சிதைவும், கர்ப்பத்தின் போதான வைட்டமின் குறைவின் விளைவாக இருக்கலாம்.

சிசுவின் கழிவகற்று பணி. நச்சுக் கொடி வழியாக, தாய் இரத்ததினுள், சிசுவினால் குழிவுப்பொருட்கள்(சிதைந்த புரதங்கள், கொழுப்புக்கள், மாவுப் பொருட்கள்) செலுத்தப்படுகின்றன. தாயின் இரத்தத்தில் கலந்த இந்தக் கழிவுப் பொருட்கள், அவளது கழிவு மண்டல உறுப்புக்களின், குறிப்பாக சிறு நீரகங்களால், கழிவகற்று பணியால், அகற்றப்படுகின்றன. கர்ப்பத்தின் 6 வது 7 வது மாதத்தில் சிசுவின் சிறுநீரகப்பணி துவங்குகிறது. இந்தக் கால வட்டத்தில், அது போதுமான அளவில் இல்லை. கருப்பை உள்வாழ்வின் இறுதியில், சிறதளவான சிறுநீரை, சிசு அம்னியாடிக் திரவத்தினுட் செலுத்துகிறது என சில ஆசிரியர்கள் கருதுகின்றனர். பிரசவம் முடிந்தவுடன், முதிராக் குழந்தை கூட, சிறுநீரை வெளியேற்றுகிறது.

சிசுவால் உற்பத்தி செய்யப்படாத, ஆனால் சிசுவின் கருப்பை உள்வளர்ச்சிக்கு சகஜமாகத் தேவையான ஹார்மோன்கள், தாயிலிருந்து, நச்சுக்கொடி வழியாக வழங்கப்படுகிறது. உட்சுரப்பு உறுப்புக்கள் பணிபுரியத் துவங்கியவுடன், சிசுவின் உற்பத்தி செய்யப்பட்ட ஹார்மோன்கள், நச்சுக்கொடி வழியாக தாய்க்குச் செல்கின்றன. சிசுவின் இன்சுலின் (கணையத்தால் சுரக்கப்பட்டது) நீரிழிவு நோய் கொண்ட தாய்க்குச் சென்று, ஓரளவு நிவாரணம் அளிக்கிறது என ருசுச் செய்யப்பட்டுள்ளது.

பல வேதியியப்பொருட்கள், நச்சுக் கொடியை ஊடுருவி உட்செல்ல முடியும். பாதரசம், ஆர்சனிக், பாஸ்வரம், அயோடின், புரோமின், செம்பு, கார்பன் மானாக்கைசடு, குளோரோபார்ம், ஈதர், அல்கஹால், நிகோடின், மார்ஃபின், குவினின், அட்ரோபின், குளோரால் ஹைட்ரேட்டு, எதிர் உயிர் மருந்துகள், சல்பா மருந்துகள், இருதய விளை ஊக்கிகள், போன்ற பல பொருட்கள், தாயிடமிருந்து சிசுவுக்குச் செல்கின்றன.

அவற்றின் அளவு மிகக் குறைவாக இருந்த போதிலும், இந்தப் பொருட்களின் பல (மார்ஃபின், அல்கஹால், நிகோடின், பாதரம், ஆர்சனிக் முதலியன) சிசுவுக்குத் தீங்கை விளைவிக்கும். கர்ப்பப்பெண்ணுக்கு மருந்துகளைப் பரிந்துரைக்கும் போது, பேறு கால மருத்துவர், இவற்றைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்.

பொதுவாக, நச்சுக்கொடியை ஊடுருவி, நுண்கிருமிகள் உட்செல்ல முடியாது. ஆனால் சில போது தொற்று நோயூக்கும் கிருமிகள் உள்ளிட்ட பல கிருமிகள், நச்சுக்கொடியை ஊடுருவி உட்சென்று, தீங்கு விளைவிக்கின்றன. நச்சு, நோயூக்கும் நிலையால் (எபிதீ

விய விரலிகளின் கோளாறுகள், நசிவுகள், குருதிப் பெருக்கு), பாதிக்கப்பட்ட போது, கிருமிகள் ஊடுருவிச் செல்லுகின்றன.

இன்புளுயேன்சா, தட்டம்மை, ரூபெல்லா போன்ற நோயூக்கும் வைரஸ்கள், நச்சுக்கொடியை ஊடுருவிச் சென்று சிசுவைப் பாதிக்கின்றன. இந்த வைரஸ்கள், சிசுவின் வளர்ச்சியைப் பாதித்து, அதைச் சிதைத்து, கருச்சிதைவுக்குக் காரணமாக அமைகின்றன.

சிசுவின் கருப்பை உள்வளர்ச்சி

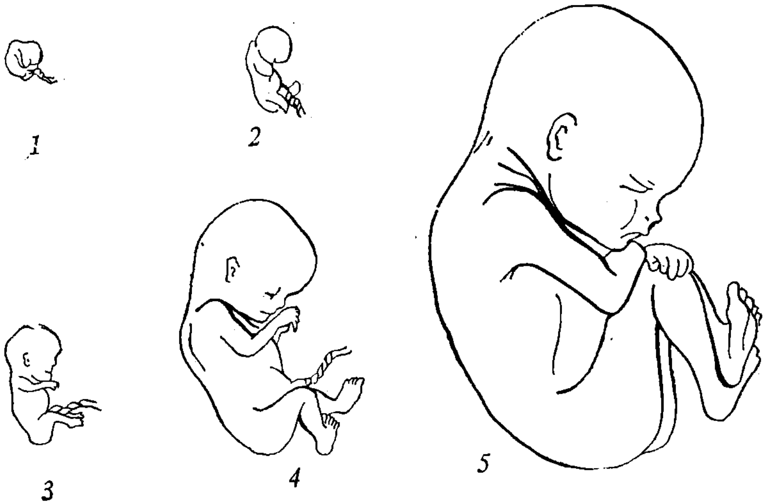
பொதுவாக, கர்ப்பம் 280 நாட்கள் அல்லது 10 மாதங்கள் அல்லது 40 வாரங்கள் நீடிக்கிறது. கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாளிலிருந்து கணக்கு எடுக்க வேண்டும். இந்த கால கட்டத்தில் பொலிவுற்ற முட்டை, கருப்பைக்கு வெளியே வாழ முடியும் வகையில், ஒரு முதிர்ச்சியடைந்த சிசுவாக வளர்ச்சியடைகிறது.

கர்ப்பத்தின் முதல் மாதத்தில், முட்டை பகுப்படைந்து, படலங்கள் கொண்ட கருவாக மாறுகிறது.

இரண்டாவது மாத இறுதியில், சிசு உடலின் நீளம் 3—3.5 செ.மீ ஆக உள்ளது. உடலில் தோன்றும் மொட்டுகளிலிருந்து கை, கால்கள் தோன்றுகின்றன. தலையின் வளர்ச்சியும், எஞ்சியுள்ள உடலின் நீளமும் சமமாகவே இருக்கிறது. கண்கள், மூக்கு, வாய் ஆகியவையும் தெரிகின்றன. (படம் 57)

மூன்றாவது மாதக் கடைசியில், சிசுவின் நீளம் 8—9 செ.மீ ஆகும். அதன் எடை 20—25 கிராம்கள், தலை பெரிதாக இருக்கிறது. பாலின வேறுபாடுகள் தெரிகின்றன. கை, கால்கள் அசையத் துவங்குகின்றன. கைகளிலும் கால்களிலும் விரல்கள் தெரிகின்றன. (படம் 57)

நாண்காவது மாத இறுதியில், சிசுவின் நீளம் 16 செ.மீ ஆகும். அதன் எடை 120 கிராம்கள். முகமும் தெரிகிறது. கை, கால்களின் அசைவுகள் முனைப்பாக இருக்கின்றன. எனினும், தாயால்,



படம் 57. கருப்பையினுள் வளர்ச்சியடையும் மனிதக்கருவின் பல்வேறு கட்டங்கள் 1) 1 வது மாதம் 2) 1.5 மாதம் 3) 2 வது மாதக் கடைசி 4) 3வது மாதக் கடைசி 5) 4வது மாதக் கடைசி

அசைவுகளை, உணர முடியவில்லை. பாலின வேறுபாடுகள் தெளிவாக இருக்கின்றன.

சிசுவின் ஐந்தாவது மாத இறுதியில் சிசுவின் நீளம் 25—26 செ.மீ ஆகும். எடை 280—300 கிராமாகும். சிவங்கான தோலில் குறுமயிர் காணப்படுகிறது. கீபச் சுரப்பிகள், கொழுப்பு போன்ற சுரப்பைச் சுரக்கின்றன. அவை, உரிந்த எபிதீலிய செல்களுடன் சேர்ந்து, வெர்னிக்ஸ் கேசியோசா எனப்படும் பாலேடு போன்ற எண்ணையாக மாறுகிறது. சிசுவின் குடலில் மீகோனியம் எனப்படும் முதல் மலம் உண்டாகிறது. சிசுவின் அசைவுகள், தாயால் உணரப்படுகிறது. கர்ப்பப் பெண்ணின் வயிற்றின் மீது ஸ்டெத்தை வைத்து, சிசு இருதயத் துடிப்பைக் கேட்க முடிகிறது.

ஆறாவது மாத இறுதியில் சிசுவின் நீளம் 30 செ.மீ எடை 600—680 கிராம்கள். அதன் அசைவுகள் தீவிரமாக இருக்கின்றன. சிசு உயிருடன் பிறக்க முடியும். பிறந்த உடன் மூச்சு விட முயற்சிக்கிறது. ஆனால் மரணமடைந்து விடுகிறது.

ஏழாவது மாத இறுதியில் சிசுவின் நீளம் 35 செ.மீ ஆகும், எடை 1000—1200 கிராமாகவும் இருக்கிறது. சரும அடிக்கொழுப்பு குறைவாக உள்ளது. மடிந்துள்ள தோளில் பாலாடை போன்ற வெர்னிக்ஸ் கேசியோசவும், குறுமயிரும் காணப்படுகிறது. (பாலாடை போன்ற மேற்பூச்சு) காதுகளின், மூக்கின் குருத்தெலும்பு மிருதுவாக இருக்கிறது. கால், கைகளின் நகங்கள், விரல்களின் இறுதி வரை வராமல் குட்டையாகவே இருக்கின்றன. பையன்களில் விரைகள், விரைப்பையை அடையவில்லை, பெண்களின் சிற்றிதழ், பேரிதழால் மூடப்படவில்லை. சிசு உயிருடன் பிறந்தாலும், மூச்சுவிட்டாலும், உயிர் வாழ்வது அரிதாகும்.

எட்டாவது மாத இறுதியில் சிசு 40 செ.மீ நீளமாக இருக்கிறது; எடை 1500—1600 கிராமாகும். சிசு பிறந்தால் உயிர் வாழ முடியும். ஆனால் பெருமளவில் பேணப்பட வேண்டும்.

ஒன்பதாவது மாத இறுதியில் சிசுவின் நீளம் 54 செ.மீ எடை 2400—2500 கிராம். தோலடிக் கொழுப்பு அளவில் அதிகரிக்கிறது. தோல் மழமழப்பாகவும் இளஞ்சிவப்பாகவும் உள்ளது. குறைவாகவே, உடலில் கம்பளி ரோமம் காணப்படுகிறது. தலையின் ரோமம் நீளமாகவே இருக்கிறது. சிசு உயிர் வாழ முடியும்.

பத்தாவது மாத இறுதியில், முதிர்ச்சி குறை அறிகுறிகள் மறைகின்றன. முதிர்ந்த நிலையில் சிசு பிறக்கிறது. பத்தாவது பேறு கால மாதத்தில் முழுமையான முதிர்ச்சி காணப்படுகிறது. 10 மாதம் கழித்துப் பிறந்த போதிலும், அபூர்வமான கேசுகளில், சிசு முழுமையாக முதிர்ச்சி அடைந்திருப்பதில்லை. இது, கருப்பை உள் வளர்ச்சி போதாததாக இருப்பதன் விளைவாகும். (தாயின் நோய்கள், தறவான போஷாக்கு முதலியன) இதன் விளைவாக, பத்து மாத புதிய சிசு, முதிர்ச்சியடையாது உள்ளது. முதிர்ச்சியடைந்த சிசுக்கள், உரிய காலத்திற்கு முன்பே பிறந்து விடுவதும் உண்டு.

சிசுவின் வயதை, அதன் நீளம், எடை கொண்டு கணக்கிட முடியும். சிசுவின் நீளத்திலிருந்து அதன் வயதைக் கணக்கிட கீழே கொடுக்கப்பட்ட அட்டவணை (ஹாசின் கணிப்பு) உதவுகிறது.

கர்ப்பத்தின் முதல் பகுதியில், சிசுவின் நீளம், மாதத்தின் தற்பெருக்கமாகும். 6வது மாதத்திலிருந்து மாதங்களின் எண்ணிக்கையை 5 ஆல் பெருக்

கினால் சிசுவின் நீளம் கிடைக்கிறது. இதை அட்டவணை மூலம் தெரிந்து கொள்ளலாம்.

மாதம்	கணிப்பு	சிசுவின் நீளம் செ. மீ. ல்
1	1×1	1
2	2×2	4
3	3×3	9
4	4×4	16
5	5×5	25
6	6×5	30
7	7×5	35
8	8×5	40
9	9×5	45
10	10×5	50

கீழே காணப்படும் அட்டவணை, கர்ப்பத்தின் பல்வேறு கட்டங்களில் சிசுவின் எடையைக் காட்டுகிறது.

மாதங்கள்	சிசுவின் எடை கிராம்களின் (சராசரி)
3	20—25
4	120
5	280—300
6	600—680
7	1000—1200
8	1500—1600
9	2400—2500
10	3200—3400

வேது, 7 வது மாத வளர்ச்சியில், முந்திய மாதத்தை ஒப்பிடும் போது, சிசுவின் எடை இரட்டிப்பாக இருக்கிறது. 9 வது, மாதங்களில், எடைப் பெருக்கம் மிகவும் அதிகமாக இருக்கிறது. (சராசரியாக 800 கிராம்)

சிசு முதிரச்சியின் அறிகுகள்.

பதுப்பிறப்பின் முதிர்ச்சியை கீழ்க் கண்ட அறிகுறிகள் கொண்டு அளவிடலாம்:

1) நிறைமாத, முதிர்ந்த சிசுவின் நீளம், சராசரியாக 50 செ.மீ ஆக உள்ளது (47—57 செ.மீ). எடை 3200—3400 கிராமாகும் (2600—5000).

எடையை விட சிசுவின் நீளம் குறைவாகவே மாறுபடுகிறது. ஆகவே நீளம் தான், சிசு முதிர்ச்சிக்கு முக்கிய அறிகுறியாகும்.

47 செ.மீக்கு அதிகமாக நீளமான சிசுக்கள் முதிர்ந்ததாகக் கருதப்பட வேண்டும். 45—47 செ.மீ-க்கு இடையேயான சிசுக்களின், மற்ற அறிகுறிகளைக் கொண்டு, முதிர்ச்சி அளவிடப் பட வேண்டும்.

ஒரு சிசுவின் முதிர்ச்சியை இறுதியாக பேறுகால மருத்துவரும், குழந்தை மருத்துவரும் கணிக்கின்றனர். எடையை மட்டும் கணக்கிலெடுப்பதானால், 2500 கிராமுக்கு குறைவான எடையுள்ள சிசுக்களை முதிர்ச்சியடையாதாகக் கொள்ள வேண்டும்.

2) முதிர்ந்த சிசுவின் மார்பு குவிந்து இருக்கிறது. தொப்பூழுக்கும் சைபாய்டு எலும்புக்கும் (மார்பு நடு எலும்பின் கீழ் முனை) மத்தியில், தொப்பூழ் வளையம் காணப்படுகிறது.

3) முதிர்ந்த சிசுவின் தோல், வெளிறிய இளஞ்சிவப்பாக உள்ளது. தோலடிக் கொழுப்பு நன்கு வளர்ச்சி அடைந்துள்ளது. தோலில், பாலடை மேற்பூச்சின் தடயங்கள் காணப்படுகின்றன. முதுகின் மேல் மூன்றில் ஒரு பகுதியிலும், தோள் பட்டைகளின் மேலும் கம்பளி ரோமம் மாணப்படுகிறது. தலையில் உள்ள ரோமத்தின் நீளம் 2 செ.மீ ஆகும். நகங்கள், நன்கு வளர்ச்சியடைந்துள்ளன.

4) காது, மூக்கு ஆகியவற்றின் குருத்தெலும்பு வலுவாக உள்ளது.

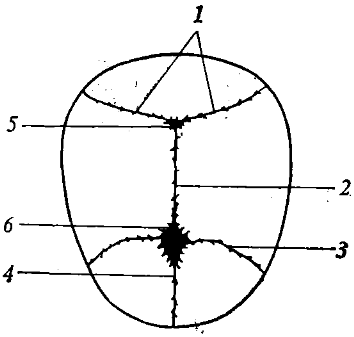
5) பையன்களில், விரைகள், விரைப்பையில் காணப்படுகிறது. பெண்களில், சிற்றிதழும், கந்தும் பேரிதழால் மூடப்பட்டுள்ளன.

6) முதிர்ந்த சிசுவின் அசைவுகள் முனைப்பாக உள்ளன. சத்தத்துடன் அழுகிறது; கண்கள் திறந்துள்ளன, சிசு உடனடியாக முலைப்பால் அருந்துகிறது.

முதிர்ந்த சிசுவின் தலை

சிசுவின் தலையைப் பற்றித் தெரிந்து கொள்வது, பேறு கால முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததாகும். பெரும்பாலான கேசுகளில் (96%), பிரசவத்தின் போது, பிறப்புப் பாதை வழியாக தலை தான் முதலில் வெளிப்படுகிறது. பிறப்புப் பாதையின் வழியாகத் தலை செல்லும் போது, பல சுற்றல்கள் தோன்றுகின்றன. கபாலத் தையல்களும், முன் உச்சி மென்தோலும், பரிசோதனையின் போது காணப்படுகின்றன. இது கொண்டு, பிரசவத்தின் போக்கை கணக்கிடலாம் (படம் 58).

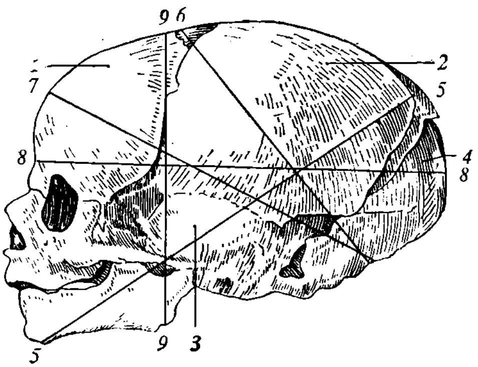
முதிர்ந்த சிசுவின் தலைக்கு குறிப்பிட்ட பண்புகள் உள்ளன. சிசுவின் முக எலும்புகள் இறுக்கமாக இணைந்துள்ளன. கபாலத்தின் எலும்புகளினிடையே



படம் 58. தையல்களையும் மென்தோல்களையும் காட்டும் சிசுத் தலையின் மேற்புறத் தோற்றம் 1. பின்தையல் 2. மட்டத்தையல் 3. முன்குறுக்குத் தையல் 4. நெற்றித் தையல் 5. பின்தலை மென் உச்சித்தோல் (பின்புற) 6. முன்தலை உச்சி மென்தோல் (முன்புற)

கீற்று போன்ற தையல்களும், உச்சி மென் தோல்களும் காணப்படுகின்றன. தலை, பிறப்புப் பாதையின் வழியாக வெளி வரும் போது, தையல்களும், மென் தோல்களும், கபால எலும்புகளுக்கு நெளிந்து கொடுப்பதால், அவை நன்கு உருவாகின்றன. கபால எலும்புகள் வளையக் கூடியவையாக இருப்பது, சிசுத் தலையின் நெகிழ்வுத் தன்மைக்கு காரணமாக இருக்கின்றன. தலை, பிறப்புப் பாதை வழியாகச் செல்லும் போது, இது முக்கியத்துவம் வாய்ந்தது.

சிசுவின் கபாலத்தில் கீழ்க்கண்ட எலும்புகள் காணப்படுகின்றன: இரண்டு நெற்றி எலும்புகள், இரண்டு பக்க எலும்புகள், இரண்டு பொட்டெலும்புகள், ஒரு பின் தலை எலும்பு, அடித்தள எலும்பு, சல்லடை எலும்புகள். (படம் 59) கீழ்க்கண்ட தையல்கள் பேறுகால முக்கியத்துவம் கொண்டவை (படம் 58).



படம் 59. சிசுக் கபாலத்தின் பக்கவாட்டுத் தோற்றம்
1. முன்நெற்றி எலும்பு 2. பக்க எலும்பு 3. பொட்டெலும்பு 4. பின் தலை எலும்பு 5. பின் தலை மோவாய் விட்டம் 6. பின் தலை அடி முன்னுச்சிக் குழி விட்டம் 7. பின் தலை அடி நெற்றி விட்டம் 8. பின்தலை நெற்றி விட்டம் 9. செங்குத்து விட்டம்

மட்டத் தையல் (நடு முன்புற பின்புறத் தையல்) இது, பக்க எலும்புகளின் இடையே செல்கிறது. முன்புறமாக மட்டத் தையல், நெற்றி மென்தோலுடன் தொடர்ந்து இருக்கிறது. பின்புறமாக பின்தலை உச்சி மென்தோலுடன் இணைந்துள்ளது.

நெற்றித் தையல்:—இரண்டு நெற்றி எலும்புகளும் இணையும் இடத்தில் இது காணப்படுகிறது. இதன் திசைப் போக்கு, மட்டத் தையல் போன்றே இருக்கிறது.

முன்குறுக்குத் தையல். நெற்றி எலும்பும், இரண்டு பக்க எலும்புகளும் சந்திக்கும் இடத்தில் காணப்படுகிறது. மட்டத் தையலுக்கும் நெற்றித் தையலுக்கும் செங்குத்தாக இருக்கிறது.

பின்தையல். பின் தலை எலும்புக்கும், எலும்புக்கும் பக்க இடையேயான இணைப்புக்கோட்டில் காணப்படுகிறது.

தையல்கள் சந்திக்கும் இடங்களில் உச்சி மென் தோல்கள் எலும்புகளற்ற மெல்லிய பள்ளிகள் காணப்படுகின்றன. நெற்றி உச்சி மென் தோலும், பின் தலை உச்சி மென்தோலும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்தவை.

1) **நெற்றி உச்சி மென் தோல்** மட்டமற்றும் நெற்றி, முன்குறுக்கு தையல்கள் சந்திக்கும் புள்ளியில் காணப்படுகிறது. இது, சாய்சதுர வடிவாக இருக்கிறது. இந்த மென் தோலிலிருந்து நான்கு தையல்கள் புறப்படுகின்றன. நெற்றி (முன்புறமாக); மட்ட (பின்புறமாக) வலது, இடது முன்குறுக்கு (பக்கவாட்டில்).

2) **பின்தலை உச்சி மென் தோல்** இது, எலும்பற்ற முக்கோண வடிவ ஒரு சிறிய பகுதியாகும். இதிலிருந்து மட்டத்தையலும் (முன்புறமாக), இடது வலது பின் தையல்கள். (பக்கவாட்டில்) புறப்படுகின்றன.

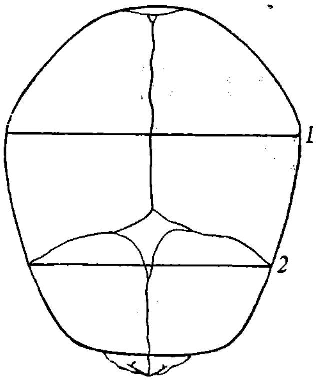
பின்தலைப் புடைப்பு, இரண்டு பக்கவாட்டு புடைப்புகள், இரண்டு நெற்றி புடைப்புகள், சிசுவின் தலையில் காணப்படுகின்றன. இவை செயல்முறை முக்கியத்துவம் வாய்ந்தவை.

சிசுத்தலையின் விட்டங்களும், உடலும்

ஒரு முதிர்ந்த சிசுவின் தலையின் சராசரி விட்டங்கள் வருமாறு:—(படம் 59, 60)

1) **பின் தலை நெற்றி விட்டம்** நெற்றி எலும்பின் மத்திய புள்ளிக்கும், வெளிப்புற பின் தலை புடைப்புக்கும் இடையேயான தூரம். இந்த விட்டத்தைக் கொண்டு அளந்த போது, தலையின் சுற்று விட்டம் 34 செ.மீ ஆகும்.

2) **பின் தலை மோவாய் விட்டம்** வெளிப்புற பின் தலைப் புடைப்புக்கும்,



படம் 60. சிசுக் கபாலத்தின் மேற்புறத் தோற்றம் குறுக்கு விட்டங்கள்
1. இருபக்க எலும்பு விட்டம்
2. இரு பொட்டெலும்பு விட்டம்

மோவாயின் மத்திய புள்ளிக்கும் இடையேயான தூரம் (13 செ.மீ). இந்த மட்டத்தில் தலையின் சுற்று வட்டம் 35—36 செ.மீ ஆகும்.

3) பின்தலை அடி—முன்னுச்சி விட்டம் பின் தலையின் தாழ்வான பின்புறப் புள்ளியிலிருந்து நெற்றி மென் தோலின் முன்புற கோணம் வரையிலான தூரம் (9.5 செ.மீ). தலைச் சுற்று வட்டம் 32 செ.மீ ஆகும்.

4) பின் தலை அடி—நெற்றி விட்டம். பின்தலையின் தாழ்வான பின்புறப் புள்ளியிலிருந்து நெற்றியின் ரோமக் கோட்டின் முன்விளிம்பு வரையிலான தூரம் (10 செ.மீ) இந்த மட்டத்தில் தலையின் சுற்றளவு 33 செ.மீ ஆகும்.

5) உச்சி விட்டம். உச்சியிலிருந்து நாக்கு அடிப்பகுதி வரையிலான தூரம் (9.5—10 செ.மீ) இந்த மட்டத்தில் தலையின் சுற்றளவு 33 செ.மீ ஆகும்.

6) இருபக்க எலும்பு விட்டம் இரண்டு பக்க எலும்பு புடைப்புகளுக்கு இடையேயான தூரம் (9.5 செ.மீ)

7) இரு பொட்டெலும்பு விட்டம் முன் குறுக்குத் தையலின் இரண்டு இறுதி முனைகளுக்கிடையிலான தூரம். (8 செ.மீ)

பேறு கால முக்கியத்துவம் வாய்ந்த **உடல் விட்டங்கள்** வருமாறு:—

1) இரண்டு அக்ரோமிய புடைப்பு விட்டம் தோள் வளையத்தின் இரண்டு இறுதி முனைகளுக்கிடையேயான தூரம் (12 செ. மீ) சுற்றளவு 35 செ. மீ.

2) இரண்டு இலிய முகடு விட்டம் இரண்டு இலியாக் முகடுகளுக்கிடையேயான தூரம் (9 செ. மீ) சுற்றளவு 28 செ. மீ.

சென்ற சில ஆண்டுகளாக சிசுக்களின் எடையும், நீளமும் அதிகரித்து வருகின்றன. மக்களின் நல்ல வாழ்க்கை தரத்தாலும், நல்ல போஷாக்காலும், பணியாற்றுவதற்கான நல்ல சூழ்நிலைகளாலும், மேற்கூறியது, நிகழ்ந்திருக்கலாம். கர்ப்ப பெண்களுக்கான நல்ல நல்ல மருத்துவ வசதிகளும் காரணமாக இருக்கலாம்.

அத்தியாயம் 4

கர்ப்பததின் போதான உடலியங்கியல் மாற்றங்கள்

நிறைய ஆக்ஸிஜன் மற்றும் பரதங்கள், கொழுப்புக்கள், மாவுப் பொருட்கள், உப்புக்கள், வைட்டமின்கள் மற்றும் பல பொருட்கள் வளர்ச்சியடையும் சிசுவுக்குத் தேவைப்படுகின்றன. இவையனைத்தும் தாயிடமிருந்தே கிடைக்கின்றன. அதே போது வளரும் சிசுவின் குழிவுப்பொருட்கள் தாயின் இரத்தத்தினுட் சென்று தாயின் கழிவு மண்டல உறுப்புக்களால் வெளியேற்றப்படுகின்றன. ஆகவே தாயின் பணிகள், இருமடங்கு அதிகரிக்கின்றன. இதன் விளைவாக தாயின் இன்றியமையாத மண்டலங்களும், உறுப்புக்களும் முனைப்படைவதுடன், மறுசீரமைப்படைய வேண்டியுள்ளது.

கர்ப்பமடைந்தால் புதிய சுமையை பெண்ணின் உடல் ஏற்க வேண்டியுள்ளது. இதனால் தாயின் உடலில் பல்வேறு சிக்கலான மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. சிசுவின் சகஜ வளர்ச்சியை ஊக்குவிக்க உடலியங்கியல் மாற்றங்கள் ஏற்பட்டு, பெண்ணை, பிரசவத்திற்கும், பாலூட்டத்திற்கும் தயார் செய்ய வேண்டியுள்ளது.

இந்த மாற்றங்கள் எல்லாமே மத்திய நரம்பு மண்டலத்தால் கட்டுப்படுத்தப்படுகின்றன.

வளர்ச்சியடையும் சிசு, கருப்பையின் நரம்பு நுனிகளைத் தூண்டி, அத்தூண்டல்கள் மத்திய நரம்பு மண்டலத்திற்குக் கடத்தப்படுகின்றன. மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் பிரதி வினைகள், உடலின் பல்வேறு மண்டலங்கள் மற்றும் உறுப்புக்களின் வளர்ச்சியைத் தூண்டும் மாற்றங்களை உண்டாக்குகின்றன.

மத்திய நரம்பு மண்டலத்தில் நிகழும் மாற்றங்கள் அனிச்சைகளால் மட்டுமின்றி ஹார்மோன்களாலும் உண்டாகின்றன. கர்ப்பத்தின் துவக்கத்திலேயே, உட்கரப்புக்கான பல உறுப்புக்களின் பணி, மாற்றமடைகிறது. இதனால், சுழற்சியடையும் இரத்தத்தில் ஹார்மோன் சமநிலையும் சீர்குலைகிறது. இதைத் தொடர்ந்து, தாயின் மத்திய நரம்பு மண்டலமும், மற்ற உறுப்புக்களும் பாதிக்கப்படுகின்றன.

நரம்பு மண்டலம்.

கர்ப்பப் பெண்களில், மூளை, தண்டுவடம் ஆகியவற்றின் கிளர்த்தல் தன்மை மாற்றமடைகிறது.

கர்ப்பத்தின் முதன் மூன்று நான்கு மாதங்களில் பெருமூளைப்புறணியின் கிளர்த்தல் அடங்கலடைகிறது. ஆனால் பின்னர் கிளர்த்தல் அதிகமடைந்து, கர்ப்பத்தின் இறுதி வரை நீடிக்கிறது. மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் கீழ்ப்பகுதிகள் மற்றும் கருப்பையின் நரம்பு அமைப்பு ஆகியவற்றின் கிளர்த்தல் தன்மை, கர்ப்ப காலம் முழுவதிலும், அடங்கியே இருக்கிறது. கிளர்த்தலின்

அடங்கல் கருப்பையின் இயலாத்தன்மைக்கு காரணமாக அமைகிறது. கர்ப்பத்தின் சகஜ போக்குக்கு, இது மிகவும் முக்கியம்.

பிரசவத்திற்கு முன்னால், கருப்பையின் நரம்புப் பகுதிகள், தண்டுவடம், ஆகியவற்றில் கிளர்த்தல் அதிகரிக்கிறது. இதன் மூலம் பிரசவம் ஊக்குவிக்கப்படுகிறது.

கர்ப்பத்தின் போது, மூளைப்புறணியில் அடங்கல், மற்றும் கிளர்த்தல் நிகழ்வுகள் ஆகியவற்றின் தன்மை மாறுகிறது. புறணிக்கும் புறணி அடிக்கும் இடையேயான உறவும் பாதிக்கப்படுகிறது. வளர்ச்சி, போஷாக்கு சார்ந்த நரம்பு மண்டலத்தின் விதையும் மாறுபடுகிறது. இத்தகைய மாற்றங்களால், துயில் நிலை, மனப்போக்கில் மாற்றங்கள், குசி, நுகர்வு உணர்வுகளில் வேறுபாடுகள், குமட்டல், மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பு, வாந்தி, மலச்சிக்கல் தலைச்சுற்றல் ஆகியவை உண்டாகின்றன. பொதுவாக இத்தகைய மாற்றங்கள், கர்ப்ப கால துவக்க மாதங்களில் தோன்றி, நாளடைவில் மறைந்து விடுகின்றன.

வெளி நரம்புகள் மிகையாகக் கிளர்த்தல் அடைகின்றன. திரிக—கீழ் முதுகுப் பகுதியில் நரம்பு சார்ந்த வலிகளும், கால் தசைகளில் வலிப்புகளும் தோன்றுகின்றன. இந்த நிகழ்வுகள் அனைத்துமே முழுமையாக மறைந்து விடுகின்றன.

நாளமில்லா சுரப்பி மண்டலம்,

கர்ப்பத்தின் போது உட்சுரப்பி உறுப்புக்கள் பெருத்த மாற்றங்கள் அடைகின்றன. உட்சுரப்பிக்கான ஒரு புதிய சுரப்பி கர்ப்பத்தின் கார்பஸ் ல்யூடியம் கர்ப்பத்தின் துவக்கத்திலேயே சூலகத்தில் தோன்றுகிறது. கார்பஸ் ல்யூடியத்தால் உற்பத்தி செய்யப்பட்ட புரோஜெஸ்டிரான், பொலிந்த முட்டை, கருப்பையில் நிலை பெறவும், கர்ப்பம் சகஜமாக நடைபெறவும், உதவுகிறது.

கர்ப்பத்தின் போது, சூலகத்தில் குமிழ்பைகள் முதிர்ச்சியடைவது தடைபடுகிறது. இதனால் முட்டை வெளிப்படுவதும் நின்று விடுகிறது. இந்த நிகழ்வுகள் அடங்கலடைவது, கார்பஸ் ல்யூடியத்தின் சுரப்புடன் இணைந்துள்ளது. கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் கார்பஸ் ல்யூடியம் மறைந்து, அதன் பணிகளை, நஞ்சு ஏற்றுக் கொள்கிறது.

நஞ்சு, உட்சுரப்புக்கான ஒரு புதிய உறுப்பாகச் செயல்படுகிறது. கோனடோடிரோபிக், ஈஸ்ட்ரோஜன் ஹார்மோன்கள், புரோஜெஸ்டிரான், வளர்ச்சி ஹார்மோன் ஆகியவற்றை, இது உற்பத்தி செய்து, சேமித்து வைக்கிறது.

தாய் உடலில், ஹார்மோன்களின் விகிதம், கர்ப்பத்தின் போது மாறுபடுகிறது. கருப்பையயின் சுருக்கத்தையும், கிளர்த்தலையும் மட்டுப்படுத்தும் ஹார்மோன்கள், கர்ப்பத்தின் துவக்க மாதங்களில் மிகையாகக் காணப்படுகின்றன. கருப்பையின் சகஜ வளர்ச்சிக்கு இது தேவையாகிறது. இறுதி மாதங்களில் ஈஸ்ட் ஏஜனின் அளவு அதிகரிக்கிறது, ஆகவே, பிரசவத்திற்கு முன்னதாக, கருப்பையின் கிளர்த்தல் தன்மை அதிகரிக்கிறது.

பிட்யூடரி. கர்ப்பத்தின் போது, ஹார்மோன்களின் உற்பத்தி செய்யும் செல்களின் பெருக்கத்தாலும், மிகை வளர்ச்சியாலும், பிட்யூடரி சுரப்பியின் முன்மடல், அளவில் பலத்துடன், பெரிதாகிறது. பிட்யூடரி சுரப்பியின் கோனோடோடிரோபிக் ஹார்மோன்களின் உற்

பத்தி மிகவும் அதிகரிக்கிறது. கர்ப்ப பகால கார்பஸ் ல்யூடியத்தின் பணியைத் தூண்டும் ஹார்மோனின் சுரப்பு அதிகரிக்கிறது. பிட்யூடரியின் முன் மடல், வளர்ச்சி ஹார்மோன் மற்றும் மார்பகச் சுரப்பிகள், தைராய்டு, அட்ரினல் புறணி ஆகியவற்றின் பணியைத் தூண்டும் ஹார்மோன்கள் ஆகியவற்றை சுரக்கின்றது. கர்ப்பத்தின் போது. கருப்பை, இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் மற்ற உறுப்புக்கள் வளர்ச்சியடைவது, முன்புற பிட்யூடரி பெரிதடைவதுடன் இணைந்துள்ளது. பிட்யுடரியின் பின்புற மடல் சுரக்கும் ஆக்ஸிடோசின், பிரசவத்தின் போது கருப்பை தசைகளின் சுருக்கத்தைத் தூண்டவும், பிரசவத்தின் பின்னர் கருப்பை சுருக்கமடைவதைத் தூண்டவும் செய்கிறது.

தைராய்டு கர்ப்பத்தின் முதல் மாதங்களின் போது, தைராய்டு பணி முனைப்படைந்து, இறுதி மாதங்களில் குறைந்து விடுகிறது.

தைராய்டு பணியின் இத்தகைய மாற்றங்கள், கர்ப்பப் பெண்ணின் வளர்சிதை மாற்றத்தில் மாற்றங்களை உண்டாக்குகின்றன.

பாராதைராய்கடுள் (துணை தைராய்டுகள்). இவை, கால்சிய வளர்சிதை மாற்றத்தில் பங்கு பெறுகின்றன. கர்ப்பத்தின் போது துரிதமாகச் செயல்படுகின்றன. பாராதைராய்டுகளின் பணிகள் பாதிக்கப்படும் போது; உடலில் கால்சியத்தின் அளவு குறைவதால், கர்ப்பத்தின் போது வலிப்புகளும், தசை இறுக்கங்களும் தோன்றுகின்றன.

அட்ரினல் சுரப்பிகள் இதன் செல்கள் பெருக்கமடைந்து, லைபாய்டுகள் (குறிப்பாக கொலஸ்டிரால்) தேக்கமடைவதால், இதன் புறணி பருமனடைந்து, சுரப்பிகள் பெரிதாகின்றன. கர்ப்பத்தின் போது சருமத்தில் நிறமிகள் தோன்றுவதும், இரத்தத்தில் கொழுப்புப் பொருட்கள் அதிகமாவதும், அட்ரினலினின் பணியைப் பொறுத்தது.

புரதம், மாவுப்பொருட்கள், தாதுப் பொருட்கள் ஆகியவற்றின் வளர்சிதை மாற்றத்தை கட்டுப்படுத்தும் ஹார்மோன்களை, அட்ரினல் சுரப்பிகள், பெருமளவில் உற்பத்தி செய்கின்றன.

வளர் சிதை மாற்றம்.

கர்ப்பத்தின் போது பெருமளவில் வளர்சிதை மாற்றம் மாறுபடுகிறது. மத்திய நரம்பு மண்டலம் மற்றும் நாளமில்லாச் சுரப்பிகளின் பணிகளில் ஏற்படும் மறுசீரமைப்பைப் பொறுத்து உள்ளது. கர்ப்பத்தின் வளர்சிதை மாற்றம் மிகவும் முனைப்பாக இருக்கிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் தன்மயமாக்கும் நிகழ்வுகள் முனைப்பாக உள்ளன.

புரதங்கள். கர்ப்பத்தின் போது, பெண்ணுடலில், புரதப்பொருட்கள் சேகரிக்கப்படுகின்றன. அவற்றின் பணிகளாவன:—1) கருப்பை, மார்பகச் சுரப்பிகளின் வளர்ச்சி 2) சிசுவின் வளர்ச்சி 3) புரதங்களின் ஒரு பகுதி சேமிப்பாக வைக்கப்பட்டு, முலைப்பாலூட்டத்தின் போது பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

கர்ப்பப் பெண்ணின் உணவில் மிகையாக புரதங்கள் இருந்தால், அவற்றின் அரைகுறைப்பிளப்பின் விளைபொருட்கள் உடலில் தேக்கமடைந்துதீய விளைவுகளை உண்டாக்குகின்றன.

மாவுப் பொருட்கள். கர்ப்பத்தின் போது, மாவுப்பொருட்கள் தான் சக்திக்கு மூலாதாரமாக இருக்கின்றன. அவை எளிதில் கிரகிக்கப்படுகின்றன. இரத்தத்தில் சர்க்கரை சகஜ நிலையில் உள்ளது. கல்லீரல், மற்றும் உடலின்

தசைகள், நச்சுக்கொடி, கருப்பைத் தசை ஆகியவற்றில் கிளை கோஜன் சேமித்து வைக்கப்படுகிறது. நச்சுக் கொடி வழியாக சிசுவுக்கு, குளூகோஸ் வடிவத்தில் மாவுப்பெருட்கள் வினி யோகிக்கப்படுகின்றன. மாவுப்பொருட் களை மிகையாக உட்கொண்டால் சிறு நீரில் சர்க்கரை காணப்படுகிறது. சிறு நீரக எபிதீலியத்தின் மிகையான ஊடுரு விச்செல்லும் திறத்தால், இது நிகழ் கிறது. சிறுநீரில் சர்க்கரை காணப்பட் டால், சரியான உணவை உண்ணுவதன் மூலம், இதைச் சரி செய்யலாம்.

கொழுப்புக்கள்:—கர்ப்பப் பெண் ணின் இரத்தத்தில், நடுநிலைக் கொழுப் புகள், கொலஸ்டிரால், லிபிடுகள் ஆகி யவை அளவில் மிகுந்து காணப்படுகின் றன. அட்ரினல் சுரப்பிகள், நஞ்சு, மார் பகச் சுரப்பிகள் ஆகியவற்றில் கொழுப் புகள் சேகரிக்கப்படுகின்றன. சில பெண் களில், சரும அடிக்கொழுப்பும் அதிக ரிக்கிறது. தாய், சிசு, ஆகியோரின் திசுக் களை உருவாக்க லிபிட்கள் உட்கொள் ளப்படுகின்றன. சக்திக்கு, நடுநிலை கொழுப்புகள் மூலமாக உள்ளன. இரத் தத்தில் லிபிடுகள் மிகையாக இருந் தால், கர்ப்பப் பெண், ஈதருக்கும், மற்ற உணர்வு நீக்கிப் பொருட்களுக் கும் எளிதில் பிரதிவினை புரிகின்றாள்.

வளர்சிதைமாற்றத்தின் போது, கொழுப்புகள், தண்ணீராகவும், கரிய மிலவாயுலாகவும் (இறுதிப் பொருட் கள்) பகுபடுகின்றன. ஏதோ சில அம் சங்களால் (குறிப்பாக மிகையாக கொழுப்புகளை உட்கொள்ளல்) கர்ப் பத்திற்கு ஊறு நேர்ந்தால், கொழுப் புகள் இறுதிப்பொருட்களாக பகுப்ப டைவது சீர்கெடுகிறது. கொழுப்பின் அரைகுறை வளர்சிதை மாற்ற விளை வால் தீங்கான அமிலப் பொருட்கள், கர்ப்ப உடலில் தேக்கமடைகின்றன. கர்ப்பப்பெண்ணின் உணவு சீரான சம நிலையில் இருக்க வேண்டும். தாய்க் கும் சேய்க்கும் தேவையான அளவு மட் டும் கொழுப்பும் புரதமும் சேர்க்கப் பட வேண்டும். தேவைக்கு அதிகமாக எடுத்துக் கொள்ளக் கூடாது.

தாது உப்புக்களும் உடல் திரவங்களும். கர்ப்பத்தின் போது, உடலில், கால் சியம் சேகரிக்கப்பட்டு, சிசு எலும்பு உரு வாக்குவதில் பயன்படுத்தப்படுகிறது. சிசுவின் எலும்பும், நரம்பு மண்டலமும் உருவாகத் தேவையான பாஸ்வரம், தாயில் புரதத் தொகுப்புக்கும் மிகை யான அளவில் தன்மயமாக்கப்பட்டு, உதவுகிறது.

ஹீமோகுளோபினின் ஒரு பகுதியான அயம், தாயிலிருந்து சிசுவுக்கு அனுப் பப்பட்டு, சிசுவின் கல்லீரலிலும், மண் ணீரலிலும் சேகரிக்கப்படுகிறது. உண வுடன் கிடைக்கும் இரும்புச் சத்து போதாததாக இருந்தால், கர்ப்பப் பெண்ணுக்கு சோகை நோய் உண்டா கிறது. சிசுவின் வளர்ச்சியும் பாதிக்கப் படுகிறது.

கர்ப்பகால வளர்சிதை மாற்றத்தின் இத்தகை பண்புகள் மூலம் தெரிவது என்னவெனில் கர்ப்பப் பெண்ணின் உணவில் போதுமளவில் அயம், கால்சி யம், பாஸ்வரம் ஆகியவை இருக்க வேண்டுமென்பதேயாகும்.

சிறுநீர் மற்றும் வியர்வையில், சோடி யம் குளோரைடு அகற்றப்படுவது, கர்ப்ப காலத்தில் தடைப்படுகிறது. குளோரைடுகளின் தேக்கத்தால் உட லில் தண்ணீர் தேக்கமடைகிறது. கர்ப் பத்தின் இறுதி மாதங்களில் திசுக்களில் நீர் தேக்கம் அதிகமாக உள்ளது. உட லில் மொத்தமான தண்ணீர் அதிகரிப் பது, பிரசவத்தின் சகஜமான போக்கை ஊக்குவிக்கிறது. திசுக்களின் விரிவுத் தன்மை அதிகரிப்பதால், பிறப்புப்

பாதை வழியாக சிசு எளிதில் செலல் முடிகிறது. சாதாரணமாக கர்ப்பத்தின் போது தண்ணீரும், குளோரைடுகளும் அளவுக்கு அதிகமாக சேமிக்கப்படுவதில்லை. திரவங்கள், சிறுநீரகங்களால் உடலிலிருந்து அகற்றப்படுகின்றன. நோய் நிலைகளின் போது, திரவங்கள் வெளிப்படுவது தடைபடுகிறது. தண்ணீரும் குளோரைடுகளும் உடலில் தேக்கமடைந்து வீக்கத்தை உண்டாக்குகிறது.

வைட்டமின்கள்: சிசுவுக்கும் வைட்டமின்கள் தேவைப்படுவதால் கர்ப்பத்தின் போது வைட்டமின்களின் தேவை அதிகரிக்கிறது.

வைட்டமின் ''சி'' சிசுவின் அதன் படலங்களின் வளர்ச்சிக்குத் தேவைப்படுவதால், இதன் தேவை அதிகமாகிறது. வைட்டமின்கள் "ஏ", "பி 1", "டி", ''ஈ'' ஆகியவற்றின் தேவைகளும் அதிகரிக்கின்றன. ஏனெனில் இவை கர்ப்பத்தின் வளர்ச்சியை ஊக்குவிக்கின்றன. உணவில் வைட்டமின்கள் குறைவாக இருந்தால் கர்ப்பப் பெண்ணில் வைட்டமின் பற்றாக்குறை உண்டாகி, பொதுவாக கர்ப்பத்திற்கு இடையூறு உண்டாகிறது.

உடல் எடை கர்ப்ப காலம் முழுவதும், குறிப்பாக இறுதி மாதங்களில் பெண்ணின் எடை அதிகரிக்கிறது. கர்ப்பத்தின் 2 வது பகுதியின் போது வாரத்திற்கு 300—350 கிராம் எடைகூடுகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் 10—12 கிலோகிராம் எடை அதிகரிக்கிறது. சிசுவின் வளர்ச்சி, மற்றும் அம்னியாடிக் திரவத் தேக்கம், கருப்பை பெரிதடைவது, சரும் அடிக்கொழுப்பு அதிகரிப்பது, இரத்தத்தின் அளவு அதிகரிப்பது ஆகிய பல காரணங்களால் எடை அதிகரிக்கிறது.

இரத்தம்

கர்ப்பத்தின் போது, இரத்த உற்பத்தி நிகழ்வு துரிதமடைகிறது. சுழற்சியடையும் இரத்தம், பிளாஸ்மா ஆகியவற்றின் மொத்த அளவு அதிகரிப்புடன், ஹீமோகுளோபின் மற்றும் சிவப்பு அணு, வெள்ளணு ஆகியவற்றின் எண்ணிக்கையும் அதிகரிக்கிறது.

இரத்தத்தின் அளவு, ஹீமோகுளோபின், சிவப்பணுக்களின் எண்ணிக்கை, கர்ப்பத்தின் முதல் மாதங்களிலேயே அதிகரிக்கத் துவங்கி 6—8 மாதங்கள் வரை நீடிக்கிறது. பிரசவத்தின் முன்பு, இரத்த உற்பத்தி நிகழ்வு மட்டுப்படுகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் மொத்த இரத்தத்தின் அளவு 35—40% அதிகரிக்கிறது. சிவப்பணுக்களின் எண்ணிக்கை 15—20% அதிகரிக்கிறது. சுகாதாரமான கர்ப்பப் பெண்களில் ஹீமோகுளோபின் மற்றும் சிவப்பு, வெள்ளணுக்கள் ஆகியவற்றின் எண்ணிக்கை சகஜமாக உள்ளது. சிவப்பு அணுக்களின் படியும் விகிதமும் ஓரளவு அதிகரிக்கிறது.

இருதய—இரத்த நாளமண்டலம்

ஒரு புதிய இரத்த ஓட்டம் உருவாவதாலும், கருப்பையின் இரத்த நாள வலைப் பின்னல் அதிகரிப்பதாலும், கர்ப்பத்தின் போது இருதய இரத்த நாளப்பணி அதிகரிக்கிறது.

சுகாதார கர்ப்பப் பெண்ணின் இருதயம் படிப்படியாக புதிய சூழ்நிலைகளுக்குதக அமைத்துக் கொண்டு, புதிய சுமையை ஏற்றுக் கொள்கிறது. கர்ப்பத்தின் போது, இருதயத் தசை மிகை வளர்ச்சிடைகிறது. அதன் விரிந்து சுருங்கு தன்மையும் முனைப்படைகிறது.

தந்துகிச் சுவர்கள், தண்ணீர் மற்றும் உப்புக்கள், இரத்தத்தின் நுண்ணிய புரதப் பொருட்கள், அல்புமின்கள் ஆகிய வற்றிற்கு ஊடுருவு தன்மை கொண்டுள்ளன. தந்துகியின் மிகையான ஊடுருவு தன்மை, கர்ப்பப் பெண்ணின் திசுக்களுக்கும் இரத்தத்திற்கும் இடையிலான பரிமாற்றத்தை துரிதப்படுத்துகிறது.

கர்ப்ப காலம் முழுவதும் தமனி அழுத்தம் பாதிக்கப்படுவதில்லை. எனினும் சில பெண்களில் துவக்க நிலையில் ஓரளவு நிலையற்றுள்ளது. இறுதி மாதங்களில் அழுத்தம் அதிகரிக்கிறது. எனினும், கர்ப்பம் சாதாரணமாக இருந்தால், தமனி அழுத்தம் 120 மி. மீ பாதரச மட்டத்தைத் தாண்டுவதில்லை. கர்ப்பத்தின் போது நாடித்துடிப்பு மாற்றமடைவதில்லை.

இது முதல் கர்ப்பமாக இல்லாவிடில் கால்களின் சிரைகள் புடைத்துக் காணப்படுகின்றன. சிறிய கூபகத்தின் உறுப்புக்களின் இரத்தத் தேக்கம் ஏற்படுவதால், சிரை நாளப்பின்னல்கள் தோன்றுகின்றன.

இரைப்பை—குடல் பாதை

குமட்டல் (காலை நோய்), சில போது வாந்தியுடன், குறிப்பாக காலையில், பல பெண்களில், அவர்களது கர்ப்ப கால துவக்க மாதங்களில் (2—3 மாதங்களில்) காணப்படுகின்றன. ருசி, நுகர்வு உணர்வுகள் மாற்றமடைகின்றன. சிலபொருட்களைக் கண்டாலே, பெண்களுக்கு வெறுப்புண்டாகலாம். அதே போது, வழக்கத்திற்கு விரோதமாக சில பொருட்கள் மீது—களி மண், சுண்ணாம்பு முதலியன இச்சை உண்டாகிறது.

கர்ப்பத்தின் 3வது அல்லது 4வது மாத இறுதியில் இந்த அறிகுறிகள் மறைந்து விடுகின்றன. அபூர்வ கேசுகளில், கடைசி மாதங்கள் வரை இவை நீடிக்கலாம். இரைப்பை குடல் பணிகளில் எந்த வித மாற்றமும் ஏற்படுவதில்லை. சில போது குடலின் திட்பம் குறைவதால் பல்வேறு நிலையிலான மலச்சிக்கல் ஏற்படுகிறது.

கர்ப்பமான கருப்பை பெரிதாவதால், அது, குடல்களை மேல் நோக்கியும், பக்கவாட்டிலும் தள்ளுகிறது. சிசு பெரிதாக இருந்தாலும், அல்லது ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட சிசுக்கள் இருந்தாலும் அல்லது அம்னியாடிக் திரவம் மிகையாக, இருந்தாலும், இரைப்பையும், கல்லீரலும் கூட மேலே தள்ளப்படலாம்.

எல்லாப் பொருட்களின் வளர்சிதை மாற்றங்களில் பங்கு கொண்டு, கல்லீரல், இவைப்பட்ட வளர்சிதை மாற்ற நச்சுப் பொருட்களை தீங்கற்றதாக ஆக்குகிறது. கர்ப்பத்தின் வளர்சிதை மாற்றகளுடன் சேர்ந்து, கல்லீரலின் பணிகள் அதிகரிக்கின்றன. மேலும் சிசுவின் கழிவுப் பொருட்களையும், கல்லீரல் தீங்கற்றதாக ஆக்குகிறது.

மூச்சு மண்டலம்

கர்ப்பத்தின் போது, ஆக்ஸிஜனின் தேவை அதிகரிப்பதால், நுரையீரல்களின் சுவாசப் பணியும் அதிகரிக்கிறது. கர்ப்ப கால இறுதியில், கருப்பை, உதர விதானத்தை உயர்த்திய போதிலும், நுரையீரல்களின் பணிசார்ந்த பரப்பு குறைவதில்லை. ஏனெனில் கர்ப்பப் பெண்ணின் மார்பும் விரிவடைகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் மூச்சு விடும் விகிதமும் ஓரளவு அதிகரிக்கிறது.

சிறுநீர் மண்டலம்

வளர்ச்சியடையும் சிசுவின் கழிவு பொருட்களையும் அகற்ற வேண்டி

இருப்பதால், கர்ப்பப் பெண்ணின் சிறு நீரகங்களின் பணி அதிகரிக்கிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில், சிறுநீரில், மிகக் குறைந்த அளவில் புரதம் காணப்படுகிறது. ஒரு லிட்டருக்கு 1 மி.கி.க்கு புரதம் அதிகமானால் கர்ப்ப நச்சு நோய் என்ற வியாதியின் அறிகுறியாகக் கொள்ள வேண்டும்.

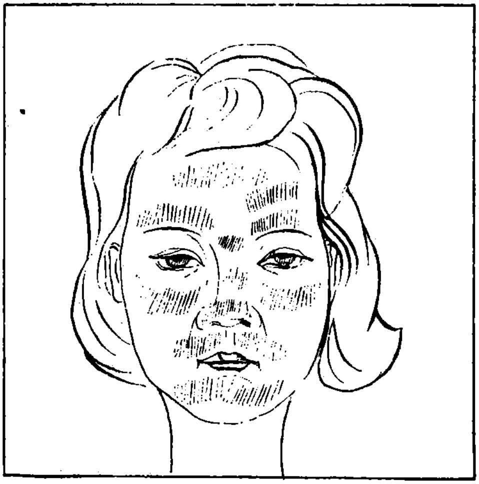
கருப்பை, சிறுநீர்பையை அமுக்குவதால், துவக்க மாதங்களில் கர்ப்பப் பெண் அடிக்கடி சிறுநீர் கழக்க வேண்டியுள்ளது. பின்னர், சிறுநீர்பை விரிவடைந்து மேல் நோக்கித் தள்ளப்பட்டு, இதன் விளைவாக சிறுநீர் புறவழியும் விரிவடைந்து நீள்கிறது. சிறுநீர் குழாய்களின் இயக்கத் திறன் குறைகிறது. அதன் உள்துவாரம் விசாலமடைகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில், சிசுவின் தலை, சிறிய கூபகத்தின் நுழைவாயிலை அமுக்குகிறது. இதனால் சிறுநிர்பையும் அமுக்கப்படுகிறது. ஆகவே சிறுநீர் அடிக்கடி வெளிப்படுகிறது.

தோல்

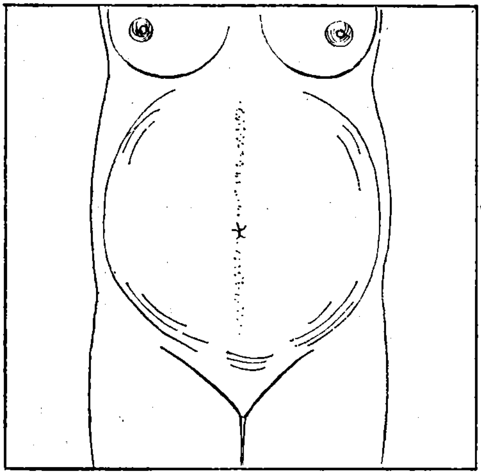
கர்ப்பத்தின் போது தோலில் சில மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. வயிற்றின் மத்திய கோடு, முலைக்காம்புகள், முகட்டு வட்டம் ஆகியவற்றின் சருமத்தில் நிறமிகள் காணப்பவது ஒரு அறிகுறியாகும். (படம் 62) நெற்றி, மூக்கு, மேலுதடு ஆகியவற்றில் ஏற்ப்படும் நிற மாற்றங்கள் குளோவாஸ்மா எனப்படுகிறது. (படம் 61) கருப்பு ரோமமுடையவர்களின், இந்த நிறமாற்றங்கள் பளி சென்று தெரிகின்றன.

பிட்யூடரியிலும், அட்ரினல் புறணியிலும், ஏற்படும் மாற்றங்களால், இரத்த நிறமாற்றங்கள் உண்டாகின்றன.

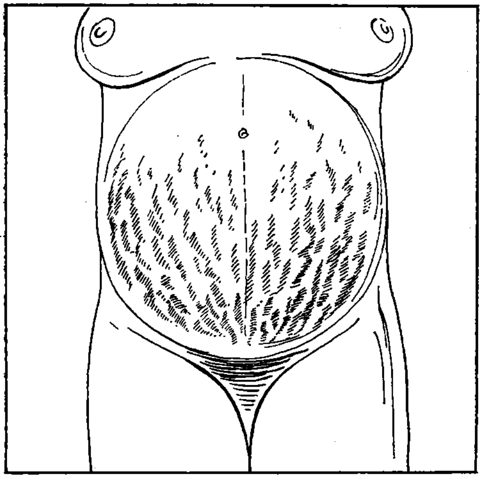
பெரிதாகிக் கொண்டிருக்கும் கருப்பையினால் வயிற்றுச் சுவர் விரிவடைகிறது. விரிவடைவது மிகையாக இருந்தால், சருமம் போதுமான அளவு நெகிழ்வுத் தன்மையுடன் இல்லாதிருந்தால், சருமத்தில் கர்ப்பக்கோடுகள் தோன்றுகின்றன. (படம் 63)



படம் 61. கர்ப்பத்தின் போதான முகத் தோற்றம்



படம் 62. முலைக் காம்புகளிலும், நடுக் கோட்டிலும், நிறமாற்றங்கள்



படம் 63. சருமத்தின் கோடுகள்

சருமத்தின் நெகிழ்வுப் பொருட்களும் இணைப்புத் திசுவும் பிரிவடைவதால், கோடுகள் தோன்றுகின்றன. மேல் தோலின் வழியாக, பிரிவடையும் பகுதிகளில், சருமத்தின் மால்பிஜியன் அடுக்கைக் காண முடியும். கோடுகள் இளஞ்சிவப்பாகவோ, சிவப்பாகவோ இருக்கலாம். இவை, பொதுவாக வயிற்றில் காணப்படுகின்றன. சில போது, தொடைகளிலும் மார்பகங்களிலும் காணப்படுகின்றன. பின்னர் கோடுகள் வெண்மையடைந்து பளபளப்பாக இருக்கின்றன. தொடர்ந்து வரும் கர்ப்பங்களின் போது, புதிய நீலச்சிவப்புக் கோடு, முந்தைய கோடுகளின் அருகே காணப்படுகின்றன.

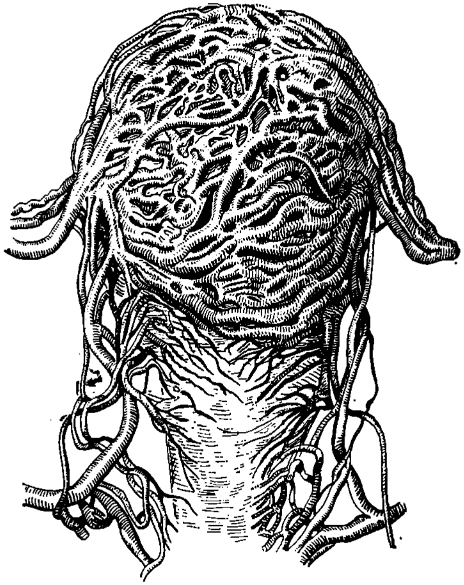
தொப்பூழ் பகுதியிலும் மாற்றங்கள் தோன்றுகின்றன. கர்ப்பத்தின் கடைசிப் பகுதியில் தொப்பூழ் மட்டமடைந்து 10வது மாதத்தில் வெளியே துருத்துகிறது.

பல குழவி ஈன்ற பெண்களிலும், அம்னியாடிக் திரவம் மிகையான அளவில் உள்ள ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்ப நிலையிலும், வயிற்றின் நீள வாட்டத் தசைகளை பிரிக்க முடியும். கர்ப்பத்தின் போது, நாண்கள், குருத்தெலும்புகள், சைனோவியப்படலங்கள் ஆகியவை இரத்த வடிநீரால் தோய்க்கப்பட்டுள்ளன.

பூப்பிணைப்பு தளர்ந்து விடுகிறது. அதன் கீற்று பெரிதாகிறது. பூப்பிணைப்பின் பந்தகங்களும், திரிக இலியாக் மூட்டுக்களும் விரிவடைகின்றன.

இனப்பெருக்கப் பாதை

பெண்ணின் உடல் முழுவதும், கர்ப்பம் மாற்றங்களைத்தோற்றுவித்த போதிலும், கருப்பையில் தான் அதிக மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. கருப்பையின் அளவு, வடிவம், நிலை, நெருக்க அளவு, கிளர்த்தல் தன்மை மாறுபடுகின்றன.



படம் 64. கர்ப்பமான கருப்பையின் இரத்த நாளர் பின்னல்கள்

கர்ப்ப காலம் முழுவதும், கருப்பை அளவில் பெரிதாகிக் கொண்டே போகிறது. கர்ப்பத்திற்கு முன்னர் கருப்பையின் நீளம் 7—8செ.மீ ஆகும். கர்ப்ப இறுதியில் அதன் நீளம் 38செ.மீ ஆகும். கருப்பையின் குறுக்கு விட்டம் 4—5 லிருந்து 25—26 செ.மீ ஆகிறது. சகஜமான எடை 50—100 கிராம் ஆகும். ஆனால் கர்ப்ப இறுதியில் 1000—1200 கிராம் (சிசு, அம்னியாடிக் திரவம் தவிர்த்து). கருப்பைக் குழிவின் கொள்ளளவு 500 மடங்கு, மிகை வளர்ச்சி மூலமும், பெரிதாதல் மூலமும் அதிகரிக்கிறது. கருப்பை தசை இழைகளின் அளவுகள் அதிகரிக்கின்றன.

ஒவ்வொரு தசை இழையும் நீளத்தில் பத்து மடங்கும் பருமனில் 4—5 தடவைகளும் அதிகரிக்கின்றன. அதே போது தசை இழைகளும்பெருக்கமடைகின்றன; தசைப்பொருட்கள் வளர்ச்சியடைகின்றன.

கர்ப்பத்தின் முதல் பகுதியில், தசை இழைகளின் வீக்கம் தோன்றுகிறது. பின்னர், வளர்ச்சியடையும் சிசு, அதன் படலங்கள், அம்னியாடிக் திரவம் ஆகியவற்றால் சுவர்கள் பெரிதாகி, கருப்பையின் அளவு அதிகரிக்கிறது. கருப்பையின் இணைப்புத்திசு வளர்ப்பமடைந்து, தொய்வடைகிறது. நெகிழ்வு இழைகளின் அளவும் அதிகரிக்கிறது. எண்டோமெட்ரியத்தில் பெருமளவு மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. உதிரிப் படலமாக மாறுகிறது.

கருப்பையின் இரத்த நாள வலைப் பின்னல் அதிகரிக்கிறது. தமனிகளும் சிரைகளும் நீண்டு அகலமடைகின்றன. குறிப்பாக, சிரைகளின் உட்துவாரம் அதிகரிக்கிறது. தமனிகள் வளைந்து நெழிகின்றன. (படம் 64) இது, கருப்பையின் சுருக்கங்களின் போது ஏற்படும் அதன் கொள்ளளவு மாற்றங்களுக்கு உதவுகிறது. கர்ப்பத்தின் போது, நாளங்கள் வழியாகச் செல்லும் இரத்தத்தின் அளவு பல்மடங்கு அதிகரிக்கிறது.

கர்ப்ப கருப்பையின் நரம்புகள் மிகை வளர்ச்சியடைகின்றன. நிண நாளங்கள் நீண்டு அகலமடைகின்றன. கருப்பையின் சீர உறை பெரிதாகிறது. கர்ப்ப கருப்பையின் சுவரில் உள்ள அக்டோமையோசினும், (கருப்பை தசைகளின் விரிவு சுருக்கத்திற்குக் காரணமானவை) கால்சியமும், கிளைகோஜனும், பாஸ்போகிரியாடினும், அளவில் அதிகரிக்கின்றன. பிரசவத்தின் போது கருப்பையின் சுருக்கத்திற்கு, இவை, தேவை.

கர்ப்ப கருப்பையின் கழுத்தும் மெல்லியதாகி விரிவடைகிறது. நாளங்கள் நீள்கின்றன; சிரைகள் அகலமடைந்து இரத்தத்தால் நிரம்பி உள்ளன. கழுத்தின் நிறம் நீலமாக இருக்கிறது.

முதல் மூன்று மாதங்கள் வரை, பொலிவடைந்த கரு, கருப்பைகுழிவினுள் காணப்படுகிறது. நாளடைவில் கருவின் கீழ்துருவம், கருப்பையின் இடுக்கியை பெரிதடையச் செய்து கருப்பையின் பிரதான குழிவினுட் செல்கிறது. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியும், உடலும், இடுக்கியும் சேர்ந்து, கீழ்கருப்பைத் துண்டமாக மாறுகிறது.

பிரசவத்தின் போது இடுக்கியும், கழுத்தும் வெளிவாயில் குழாயாக மாறுகிறது. தலைப்பேறு பெண்ணின் உட்புற, வெளிப்புறத் துவாரம் பிரசவம் துவங்கும் வரை மூடியே இருக்கிறது. இது முதல் பிரசவமாக இல்லாவிடில், உட்கழுத்துக் கால்வாய், கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் விரிவடைந்து, ஒரு விரலை உள்ளே அனுமதிக்கிறது.

கர்ப்ப கருப்பையின் வடிவமும் மாறுகிறது. கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில், பொலிவுற்ற முட்டை நிலைபெற்ற

கோணம், துருத்திக் கொண்டுள்ளது. ஆனால் மூன்றாவது மாதத்தில் கருப்பை ஒரு கோளமாக மாறி இறுதியில் நீள் வட்டமாக மாறுகிறது.

கர்ப்பத்தின் வளர்ச்சியைப் பொறுத்து கருப்பையின் நிலை மாறுகிறது. கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில் கருப்பையின் முன் வளைவு அதிகரிக்கிறது. பின்னர், கருப்பை உடலுக்கும் கழுத்துக்கும் இடையேயுள்ள கோணம் மறைகிறது. கருப்பை நீள்கிறது. சில போது வலது பக்கம் சாய்ந்து இடது பக்கத்திலிருந்து வலது பக்கமாக சுழலுகிறது. கர்ப்பத்தின் மூன்றாவது மாத இறுதியில், கூபக உள்வாயிலுக்கு மேலாக கருப்பையின் அடித்தளம் உயருகிறது. 9 வது மாத இறுதியில், விலாவடிவை எட்டுகிறது. கர்ப்ப கருப்பை, குறிப்பாக இடுக்கிப் பகுதியில், மெல்லியதாகிறது.

கருவகக் குழல்கள், கடினமடைந்து, குருதி திரட்சியாலும், திசுக்களில் சீரக் கொள்ளளவாலும் திரவ நிலை அடைகின்றன. கருப்பை இன்னும் பெரிதாகும் போது குழல்கள் செங்குத்தாக இருக்கின்றன. கர்ப்ப இறுதியில் அவை, கருப்பையின் விளிம்புகளில் தொங்குகின்றன.

சூலகங்கள், ஓரளவே பெரிதாகி, மெல்லியதாகி, முட்டைவிடுப்பத்தை நிறுத்திக் கொள்கின்றன. ஒரு சூலகத்தில் கர்ப்பத்தின் கார்பஸ் லூடியம் காணப்படுகிறது. கருப்பை அளவில் அதிகரிக்கும் போது, சூலகங்கள், கூபகக் குழிவிலிருந்து வெளியேறி, வாயிற்றுக் குழிவில் ஒரு புதிய இடத்தைப் பிடித்துக் கொள்கின்றன. (கருப்பையின் பக்கப்பரப்பில்)

கருப்பையின் **பந்தகங்கள்** நீண்டு பருமனடைகின்றன. வட்ட வடிவ, கருப்பை திரிக பந்தகங்கள், குறிப்பான மிகை வளர்ச்சியடைகின்றன. பிரசவத்தின் போது கருப்பை சகஜ நிலையில் இருக்க இது தேவைப்படுகிறது. வயிற்றுச் சுவர்வழியாக கருப்பையின் உருண்டைப் பந்தகங்களைத் தொட்டுப் பார்க்க முடியும். அதன் நிலையைக் கொண்டு நஞ்சு நிலை பெற்றுள்ள இடத்தை நிர்ணயிக்கலாம். உருண்டைப் பந்தகங்கள் நேரிணையாகவோ, கீழ் நோக்கி பரந்து இருந்தலோ, நஞ்சு, கருப்பையின் முன்புறச் சுவரில் இருக்கிறது. என ஊகிக்கலாம் நஞ்சு, பின்புறச் சுவரில் பொருந்தியிருந்தால், உருண்டை பந்தகங்கள், கீழ்நோக்கி குவிகின்றன.

கூபகத்தின் **இணைப்புத் திசு** தளர்ந்து, எளிதில் விரிவடைந்து, நிறைய நீர் கொண்டும் உள்ளது.

யோனியிலும் நிறைய மூாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. யோனிக்கான இரத்த வினியோகம் பன்மடங்கு அதிகரிக்கிறது. அதன் எல்லா அடுக்குகளுமே இரத்த வடிநீரால் தேய்க்கப்பட்டுள்ளன. அவை தொய்ந்து, மிகை நீர்க் கொண்டு, எளிதில் விரிவடையக் கூடியதாக இருக்கிறது. யோனியின் சிலேட்டும் நீலநிறமடைகிறது.

யோனியின் தசை இணைப்புத்திசு, கர்ப்பத்தின் போது, மிகை வளர்ச்சியும், மிகை வீக்கமும் கொண்டுள்ளன. யோனி நீளமடைந்து, அகலமாகிறது. அவற்றின் சுருள் மடிப்புகள் பெரிதாகின்றன.

தொய்வடைவதால் யோனி சிலேட்டுமத்தின் கிரகிப்பு சக்தி அதிகரிக்கிறது. உறுத்தல் பொருட்கள் மற்றும் அசிடார்சால், பாக்டீரியா கொல்லி மருந்துகள் ஆகியவற்றை பீச்சாங்குழல் கொண்டு உட்செலுத்துவது அபாயகரமானதாகும்.

வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்கள், கர்ப்

பத்தின் போது தளர்கின்றன. முகத்து வாரத்தின் சிலேட்டுமம் நீலநிறமடைகிறது. பல குழவி ஈன்ற பெண்ணின் புறப்பிறப்புறுப்புக்களில் சிரை நெழிவுகள் காணப்படுகின்றன.

மார்பகம்.

பருவமடைந்தவுடன், பால் ஹார்மோன்களின் தூண்டலால், மார்பக வளர்ச்சி துவங்குகிறது.

கர்ப்பத்தின் போது, பால் சுரப்பிற்கு மார்பகங்கள் தயார் செய்யப்படுகின்றன. நுண்மடல்கள் அளவில் பெரிதாகின்றன. அல்வியோலை எபிதீலியத்தில் கொழுப்புப் பொருட்கள் உண்டாகின்றன. மார்பகங்களுக்கான இரத்த வினியோகம் அதிகரிக்கிறது. சரும அடிசிரைகள் விரிவடைந்து, மெல்லிய சருமத்திற்கு அடியில் நன்கு தெரிகின்றன. முலை விம்மி, அதன் துடிப்புகளை, கர்ப்பப் பெண்ணால் உணர முடிகிறது. முலைக் காம்புகள் அளவில் பெரிதாகி, முகட்டு வட்டத்திலும் பெருமளவில் நிறமிகள் காணப்படுகின்றன. மாண்ட்காமரி சுரப்பிகள் பெரிதாக உள்ளன. முலைக்காம்பின் மெல்லிய தசைகள் கிளிர்த்தலடைகின்றன. அவற்றைத் தூண்டினால் முலைக்காம்பு தசை சுருங்குகிறது. முகட்டுவட்டத் தசை சுருங்குகிறது. அதன் பரப்பு அதிகரிக்கிறது. முலைக்காம்பு விறைத்து நிற்கிறது.

கர்ப்பத்தின் துவக்க காலங்களில் கொலாஸ்டிரம் எனப்படும் சிறிதளவு திரவம், மலைக்காம்பிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. முன்பிட்யூடரியின் பால் சுரப்பு ஹார்மோனாலும் நஞ்சு ஹார்மோனாலும், பால் சுரக்க, முலைகள் தயார் செய்யப்படுகின்றன.

ஆகவே, கர்ப்பத்தின் போதான எல்லா மாற்றங்களும் உடலியங்கியலைச் சார்ந்தே உள்ளன. தாய்க்கு எந்த வித ஊறும் நேராமல், சிசுவின் சகஜ வளர்ச்சியை ஊக்குவிக்கின்றன. மேலும், கர்ப்பம், பெண்ணுக்கு ஒரு புதிய உத்வேகத்தைக் கொடுக்கிறது.

அத்தியாயம் 5

கர்ப்ப நிர்ணயம்
கர்ப்பப் பெண்ணின் பரிசோதனை

கர்ப்பபெண்ணைப் பரிசோதிப்பதன் மூலம் சிலநோய் நிர்ணய அறிகுறிகளைத் தெரிந்து கொள்வது பேறு கால இயலாளரின் பிரதான கடமையாகும். கர்ப்பம் என நிர்ணயம் ஆனவுடன் அதன் முதிர்ச்சி நிலையும், பிரசவ நாளும் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது.

பெண்ணைப் பரிசோதிப்பதன் மூலம், கர்ப்பத்தின் போக்கையும், பிரசவத்தையும் பாதிக்கக் கூடிய வியாதிகளோ, சிக்கல்களோ இருப்பதைக் கண்டுபிடிக்கலாம்.

நோய் நிர்ணயத்திற்கான அறிகுறிகளும், கடந்த கால விபரங்களும், நோய் நிர்ணயத்திற்கு பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். கீழ்க்கண்ட புறவய முறைகள், பேறு கால இயலில் கையாளப் படுகின்றன:

1) நோயாளியின் சாதாரண மருத்துவப் பரிசோதனை (புறப்பரிசோதனை, தொட்டுப் பார்த்தல், தட்டிப் பார்த்தல், ஸ்டெத் முறை மூலம் உள்ளுறுப்புக்களைப் பரிசோதித்தல்).

2) சிறப்புப் பரிசோதனைகள்:— அவையாவன. புற, மற்றும் யோனிப் பரிசோதனை, உட்காட்டி கொண்டு பரிசோதனை, சிசுவைத் தொட்டு பார்த்தல், கூபக விட்டங்களையும் அமைப்பையும் நிர்ணயித்தல், கருப்பை உள்சிசுவை அளவிடுதல்.

3) ஆய்வகப் பரிசோதனைகள் மூலம் கர்ப்பத்தின் போது தோன்றக் கூடிய சிக்கல்களை கண்டுபிடித்தல். (இரத்தம், சிறுநீர், சீரப் பரிசோதனைகள்)

வரலாறு கணித்தல்

வழக்கமான முறைப்படி வரலாறு கணிப்பு. எல்லா விபரங்களும், பேறு கால பட்டியலின் குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.

1) நோயாளியின் அறிமுகம் (பெயர், தந்தை பெயர், வயது, தொழில், முகவரி).

கர்ப்பப் பெண்ணின் வயது மிகவும் முக்கியம் வாய்ந்தது. ஏனெனில் இளவயதினரும், முதிர்ந்த முதல் ஈனிகளும் கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்தின் போதும் சிக்கல்கள் அடையலாம்.

2) நோயாளியின் குறைபாடுகள் பொதுவாக மாதவிடாய் நின்றதும், கர்ப்பம் என்ற அய்யம் ஏற்படும் போது, கர்ப்பப் பெண்கள், மருத்துவ உதவியை நாடுகிறார்கள். கர்ப்ப காலத் துவக்கத்தில் ஏற்படும் சிக்கல்கள் பற்றி சுவையின் மாற்றங்கள், குமட்டல், வாந்தி, மற்றும் பல கோளாறுகள் குறை கூறுகிறார்கள், பல சிக்கல்களின் (கருச்சிதைவு, வேற்றிட கர்ப்பம், முத்துப்பிள்ளை, நஞ்சுக் கொடி தோற்றம் முதலியன) அறிகுறியான யோனிக் கசிவு பற்றி பலர் குறை கூறுகிறார்கள்.

கர்ப்ப நச்சு நிலை, இரத்த நாள

வியாதிகள், மூச்சு மண்டல, செரிமான மண்டல வியாதிகள் ஆகியவற்றின் அறி குறிகள் பற்றி குறை கூறுகிறார்கள். எல்லாக் குறைபாடுகளும், கவனமாக குறிப்பிடப்பட வேண்டும். இது கொண்டு, நோய் நிர்ணயம் செய்ய ஏது வாக இருக்கும்.

3) பரம்பரைப் பண்புகளும், கடந்த கால மருத்துவ வரலாறு. பரம்பரை வியாதிகளும் மிகவும் முக்கியமானவை. ஏனெனில் சிசுவின் கருப்பை உள் வளர்ச் சிக்கு ஊறுவிளைவிக்கலாம். தாய் வழி யிலோ, கணவன் வழியிலோ மரபு சார்ந்த கடத்தப்படும் வியாதிகள் மற் றும் மனோவய வியாதிகள், இரத்த, வளர்சிதை மாற்ற நோய்கள் ஆகியவை உள்ளனவா எனத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். மிகை மது நிலை, புகைப் பிடித்தல் போன்ற நச்சு விளைவுகள் குடும்பத்தில் யாருக்காவது இருந்ததா எனத்தெரிந்து கொள்வது அவசியமா கும்.

கடந்த கால நோய் வரலாறு மிகவும் முக்கியமாகும். குழந்தை பருவ நோய் களும் கவனத்தில் கொள்ளப்பட வேண் டும். எடுத்துக்காட்டாக, குழந்தைப் பருவ ரிக்கட்ஸ், கூபகத்தில் விகாரங் களை உருவாக்கி, பிரசவத்தை சிக்க லடையச் செய்யலாம். கடந்த கால ரிக்கட்ஸ் வரலாறு கட்டாயமாகக் குறிப் பிடப்பட வேண்டும் (பற்கள் தோன்று வதில் கால தாமதம், எழுந்து நடமாடு வதில் கோளாறு, எலும்பு விகாரங்கள் முதலியன).

பொன்னுக்கு வீங்கி, தட்டம்மை, மீண்டும் மீண்டும் தோன்றும் டான்சில் அழற்சி போன்ற மற்றும் பல நோய் கள், முழுமையான உடல் மற்றும் இனப் பெருக்க மண்டலம் ஆகியவற்றின் வளர்ச்சிக்கு ஊறுவிளைவிக்கலாம். அல்குல், யோனி ஆகியவற்றின் டிப்தீ ரியா வியாதி தழும்புடன் கூடிய சுருக் கங்களை உண்டாக்குகின்றன. செம் புள்ளிக் காய்ச்சலுக்குப் பின்னர் தோன் றும் சிறுநீரக வியாதிகள், கர்ப்பத்தின் போக்கை துரிதப்படுத்தி, அதன் சிதை வை உண்டாக்கலாம். வயதடைந்த காலத்தில் தோன்றும் மகளிர் நோய் களும், கடந்த கால தொற்று நோய்க ளும் கணக்கில் எடுக்கப்பட வேண்டும்.

கடந்த கால இருதய நாள வியாதி கள், சிறுநீரக, நுரையீரல் கோளாறு கள், கர்ப்பத்தின் சகஜப் போக்கை மாற்றி, பிரசவத்தையும் பாதிக்கலாம். மேலும் கர்ப்பமும், பிரசவமும், இரு தயம் மற்றும் சிறுநீரகம் கல்லீரல் ஆகி யவற்றின் நோய்களையும் ஊக்குவிக்க லாம்.

4) **மாதவிடாயின்** நிலை கர்ப்பப் பெண்ணிடம் கீழ்க்கண்ட விபரங்கள் பற் றிக் கேட்டுத் தெரிந்து கொள்ள வேண் டும்:—

அ) பூப்படைந்த காலம், மாதவி டாய் தோன்றிய காலம். ஆ) மாதவிடா யின் தரம் (மாதவிடாய் நீடிக்கும் நேரம், மாதவிடாயின் போது வெளிப்பட்ட இரத்தத்தின் அளவு, தோன்றும் வலி முதலியன) இ) பாலின வாழ்வு துவக் கம் குழந்தை பிறப்பு அல்லது கருச்சி தைவு ஆகியவற்றின் பின்னர் மாதவி டாய் வட்டத்தில் ஏற்படும் மாற்றங் கள். ஈ) கடைசி மாதவிடாயின் தேதி. பெண்ணின் முழுமையான உடலையும் இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் நிலை யையும் மாதவிடாயின் போக்கு பிரதி பலிக்கிறது. 16—17 வயதிலோ அல்லது அதன் பின்னரோ ஏற்படும் முதல் மாத விடாய், முதல் மாதவிடாயிலிருந்து, வழக்கமான மாதவிடாய் வட்டம் தோன்றும் வரையிலான நீண்ட இடை வெளி, (5 மாதங்களுக்கு மேலாக), வலி யுடன் கூடிய மாதவிடாய் (டிஸ்மெ

னோரியா) ஆகியவை, இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் குறைவளர்ச்சிக்கு அறி குறியாகும்.

பாலின வாழ்வு, குழந்தை பிறப்பு, கருச்சிதைவு ஆகியவற்றைத் தொடர்ந் வரும் மாதவிடாய் போக்கில் கோளா றுகள், உட்புற பிறப்புறுப்புக்களின் அழற்சி நோய்கள் அல்லது சூலக சீர் குலைவு ஆகியவற்றின் அறிகுறிகளாகும்.

5) சுரப்பு மற்றும் இனப்பெருக்கப் பணிகள்:

இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் சுரப்பு சகஜமாக உள்ளதா என நிர்ணயிப்பது அவசியமாகும். நோய்குறியியல் வெளிப் பாடு (மிகையான, சீழ் கொண்ட, சளி கொண்ட, சீழ் நிறைந்த திரவம் முதலி யன), அழற்சி நோய்கள், இருப்பதைக் காட்டுகிறது. தொங்கு தசைகள், கீற்று அரிப்பு, கருப்பைக் கழுத்தின் புற்று முதலியனவும் காரணமாக இருக்கலாம்.

புணர்ச்சியின் போது வலியோ, யோனியில் குருதிப் பெருக்கோ ஏற்ப் பட்டதா என கர்ப்பப் பெண்ணைக் கேட்டுத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்.

6) குழந்தையைப் பெறும் பணி அல் லது பேறுகால முன் வரலாறு.

கர்ப்பப் பெண்ணிடம் கேட்டு, கீழ்க் கண்ட விபரங்களைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்:

அ) தற்போதைய கர்ப்பத்தின் கால வரிசை விபரம்.

ஆ) முந்தைய கர்ப்பங்களில் தோன் றிய சிக்கல்கள், கர்ப்ப கால நச்சு நோய், (வாந்தி, மிகையான உமிழ் நீர் சுரப்பு, வீக்கம் முயலியன), இருதய இரத்த நாள மண்டலம் மற்றும் சிறு நீரகங்கள், கல்லீரல் மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் நோய்கள். முந்தைய நோய் வரலாற்றில் மேற்கூறிய நோய் கள் இருந்ததாகத் தெரிந்தால், கர்ப் பப் பெண்ணை சிறப்பாக கவனமாக கண்காணிக்க வேண்டும்.

இ) முந்தைய கர்ப்பங்களின் முடிவு, குழந்தை பிறப்பு, கருச்சிதைவு முதலி யன.

முந்தைய வரலாற்றில் கருச்சிதைவு ஏற்ப்பட்டிருந்தால் அதன் தன்மையைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்:—தானாக நிகழ்ந்ததா, செயற்கை முறை மூலமா கவா, கருச்சிதைவின் போது கருவின் வயது, கருச்சிதைவுக்குப் பின்னான நோய்களும் அதன் தன்மையும்.

குறைப் பிரசவமும், தானாக நிகழ்ந்த கருச்சிதைவுகளும் இனப்பெருக்க மண் டல குறைவளர்ச்சியின் அறிகுறிகளா கும் (மழலியம்); அல்லது மற்றும் சில வியாதிகளும், கர்ப்பத்தின் போக்கை பாதிக்கிறது. (எண்டோமெட்ரிய அழற்சி, புற்றுக்கட்டிகள், தொற்றும் நோய்கள், தவறான போஷாக்கு அல் லது அரைகுறைப் போஷாக்கு).

தானாக நிகழும் அல்லது செயற்கை முறை கருச்சிதைவுகளைத் தொடர்ந்து பிறப்புறுப்புக்களின் அழற்சி வியாதி கள், தொடர்ந்து வரும் கர்ப்பத்தின் சிக்கல்கள், வழக்கமான கருச்சிதைவு, ஆகியவை தோன்றலாம்; பிரசவம் அசாதாரணமாக இருக்கலாம். அத்து டன் குருதிப்பெருக்கும் ஏற்படலாம்.

ஈ) முந்தையப் பிரசவத்தின் தன்மை கள்: முதிர்ச்சி நிலையில் பிரசவம் அல் லது குறைப்பிரசவம், பிரசவத்தின் தன்மை. சகஜமான முந்தைய பிரசவம், பெண்ணின் நல்ல உடல் நிலையையும், பிறப்புப் பாதையில் கோளாறுகள் இல் லாமையையும் காட்டுகிறது. முந்தைய பிரசவத்தின் போதான சிக்கல்கள் அல் லது அறுவை சிகிச்சைகள், இறந்த சிசு பிறப்பு. அல்லது பிறந்தவுடன் சிசு இறப்பு ஆகியவை பிறப்புப் பாதையில் உள்ள அசாதாரண நிலைகளையும்,

அல்லது மற்றும் பல வியாதிகளையும், நச்சு நிலைகளையும் சுட்டிக்காட்டுகின்றன.

முந்தையப் பிரசவத்தில் தோன்றிய சிக்கல்கள், இப்போதைய கர்ப்பத்திலும், பிரசவத்திலும் அதே சிக்கல்கள் தோன்றலாம்.

உ) குழந்தை பிறந்ததற்கு பின்னான கடந்த கால நோய்கள். குழந்தை பிறந்ததற்குப் பின்னான நோய்கள், இனிவரும் கர்ப்ப காலங்களின் போதும் சிக்கல்களை (அசாதாரண பிரசவம், பின் தங்கிய நச்சுக்கொடி, கருப்பை கிழிந்து படல்) தோற்றுவிக்கலாம்.

7) பாலின வாழ்வு துவக்கத்திலிருந்து முதல் கர்ப்பத்திற்கு இடையிலான காலத்தைக் குறிப்பிடுதல். பல ஆண்டுகள் நீடித்த மலட்டுத் தன்மை (கருத்தடை மருந்துகள் எடுக்காமலிருக்கும் போது), மழலியத்தால் இருக்கலாம். இது தான், பிரசவத்தின் போது கருப்பையின் விசையில்லாத சுருக்கங்களுக்குக் (கருப்பை மத்த நிலை) காரணமாக இருக்கலாம்.

8) கணவனின் மருத்துவ வரலாறு. கர்ப்பத்திற்கும், சிசுவிற்கும் ஊறுவிளைவிக்கும் நோய்களும் (வெட்டை நோய், காச நோய்) குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.

9) கருப்பை உட்சிசுவின் சுகாதாரமான வளர்ச்சிக்கு, கர்ப்பப்பெண்ணின் பணியும், வாழ்க்கைத் தரமும் மிகவும் முக்கியமாகும். கர்ப்பப் பெண்ணின் வாழ்க்கைத் தரம் பற்றிய விபரம் அவசியமாகும். இதன் மூலம், கர்ப்பப் பெண்ணின் வாழ்க்கைத் தரத்தை உயர்த்த உரிய நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்ள வேண்டும்.

முந்திய வரலாறு பற்றித் தெரிந்த பின்னர், கர்ப்பப் பெண் முழுமையாகப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பப் பெண்ணின் பரிசோதனை

புறப்பரிசோதனை மூலம், நோய் நிர்ணயத்திற்கான பயன்படும் தடயங்கள் கிடைக்கின்றன. எடுத்துக்காட்டாக, ஒரு குட்டையான பெண்ணுக்கு குறுகலான கூபகம் இருக்கெலும்பின் விகாரங்கள், மூட்டு விறைப்புகள், மற்ற எலும்புகளின் குறைவளர்ச்சிகள் ஆகியவை கூபகத்தின் அசாதாரண அமைப்பைச் சுட்டிக் காட்டுகின்றன. குறைவளர்ச்சியடைந்த மார்பகங்களும், அங்குமிங்குமான பூப்பு ரோமமும், பிறப்புறுக்களின் குறைவளர்ச்சியைக் காட்டுகின்றன. உடல் மற்றும் கால் கைகளின் வீக்கம், கர்ப்பத்தின் சிக்கல்களுக்கு (நச்சு நிலை, இருதய வியாதி இன்னபிற) சாட்சியமாகும்.

சிலேட்டுமம் மற்றும் சருமத்தின் வெளிறிய நிலை, நீலநிற உதடுகள், மஞ்சள் நிற சருமம், விழிவெண்படலம், ஆகியவை சில கொடுமையான நோய்களின் அறிகுறிகளாகும்.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியின் போது, வயிற்றைப் பரிசோதிப்பது, சில அசாதாரணங்களை வெளிக்காட்டலாம். கர்ப்பம் சாதாரணமாக இருந்தால், (சகஜமான தோற்றம்) வயிறு நீள்வட்டமாக இருக்கிறது. குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது, வயிற்றின் பக்கங்கள் பக்கவாட்டில் நீண்டு காணப்படுகின்றன (தோற்றம் என்று இங்கு குறிப்பிடும் போது, பிரசவத்தின் போது யோனி வழியாக வெளிப்படும் சிசுவின் பாகத்தைக் (தலை, முகம், பிட்டி இன்னபிற) குறிப்பிகிறோம் மொ-ர்) வட்டமான வயிறு, மிகையான அம்னியாடிக் திரவம் (ஹைட்ரம்னியான்) இருப்பதைக் காட்டுகிறது. இந்த நிலையின் போது, வயிற்றின் அளவு, சகஜ நிலையை விட அதிகமாக இருக்கிறது.

வயிற்றின் அசாதாரண வடிவம்,குறுகலான கூபகம் இருப்பதைக் காட்டுகிறது.

மைகேய்லிசின் சாய்சதுர அளவும், மற்ற அறிகுறிகளும் கொண்டு கூபகத்தின் அமைப்பை அளவிடலாம்.

உள்ளுறுப்புக்களின் பரிசோதனை

புறப்பரிசோதனையைத் தொடர்ந்து இருதயம் மற்றும் நுரையீரல்கள், வயிற்றுள்ளுறுப்புக்கள் ஆகியவற்றையும் (தொட்டுப் பார்த்தல், தட்டிப் பார்த்தல், ஸ்டெத் முறை) பரிசோதிக்க வேண்டும்.

இருதயம் மற்றும் நுரையீரல்கள், கர்ப்பப் பெண்ணின் மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றைப் பரிசோதிப்பதன் மூலம், கர்ப்பத்திற்குப் பாதகமான அம்சங்களை உரிய காலத்தில் தெரிந்து கொள்ள முடியும்.

கர்ப்பப்பெண்ணின் இரத்த அழுத்தம் அளவிடப் பட வேண்டும். இரத்தமும் சிறுநீரும் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். உடல் எடையையும் கணக்கிட வேண்டும். கர்ப்ப கால இறுதி மாதங்களில் இரத்த அழுத்த கணிப்பு, எடைபார்ப்பது, சிறுநீர் பரிசோதனை ஆகியவை அடிக்கடி செய்யப்பட வேண்டும்.

இதைத் தொடர்ந்து, பேறுகாலசிறப்புப் பரிசோதனைகள் வருகின்றன.

கர்ப்பத்தின் துவக்க காலத்திலும் இறுதிக் காலத்திலும் கர்ப்பத்தை நிர்ணயம் செய்ய பல்வேறு வழிமுறைகள் உள்ளன.

கர்ப்பத்தை துவக்கத்தில் நிர்ணயித்தல்

சிசுவின் பல்வேறு பாகங்களைத் தொட்டுப் பார்த்து, இருதயத் துடிப்பை கேட்டு, அதன் அசைவுகளை உணர்ந்து, அல்லது எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனை மூலம் சிசு எலும்புகளைப் பார்க்க முடிந்தால், கர்ப்பத்தைப் பற்றி எந்த சந்தேகமும் இருக்க முடியாது. மேற்கூறிய கர்ப்பத்தின் அறிகுறிகள் எல்லாமே கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் தான் (5வது 6வது மாதம்) தெரிகின்றன.

கர்ப்பத்தை துவக்கத்திலேயே நிர்ணயித்தல், நேர்மறை மற்றும் உத்தேச அறிகுறிகள் மூலமே சாத்தியமாகும்.

கர்பத்தின் உத்தேசமான அறிகுறிகள். கர்ப்பமடைந்த பெண்ணின் முழுமையான உடலில் தோன்றும் பொதுப்படையான மாற்றங்களே, உத்தேச அறிகுறிகளாகும்.

1) சுவை, பசி ஆகியவற்றில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், காரமான மற்றும் கூர் சுவை கொண்ட பொருட்கள், சுண்ணாம்பு, கரி, போன்ற பொருட்கள் ஆகியவற்றின் மீது இச்சை, குமட்டல், காலையில் வாந்தி ஆகியவை.

2) நுகர் உணர்வில் மாற்றங்கள் (வாசனைப் பொருட்கள் புகையிலை புகை மீது அருவறுப்பு).

3) நரம்பு மண்டலத்தில் மாற்றங்கள்: மன எரிச்சல், துயில் நிலை, மனப் போக்கின் மாற்றங்கள்.

4) முகத்தோல் மற்றும் வயிற்றின் நடுக்கோடு, முலைக்காம்பு, முகட்டு வட்டம் ஆகியவற்றின் நிறமாற்றங்கள்.

கர்ப்பத்தின் நேர்மறையான அறிகுறிகள். பிறப்புறுப்புக்களிலும், மாதவிடாய் பணியிலும் ஏற்ப்படும் மாற்றங்கள்.

1) மாதவிடாய் நின்று விடல். மாதவிடாய், கொடிய றோய்களின் போதும், மன உளைச்சலின் போதும் (பயம், கிலி) நின்று விடலாம். சகஜமான பெண்ணில் மாதவிடாய் நின்று விட்டால், கர்ப்பம் என்றே கொள்ள வேண்டும்.

2) கருப்பை, போனி ஆகியவற்றின் சிலேட்டுமத்தின் நீல நிறம்.

3) கருப்பையின் அளவு, அமைப்பு, திட்பம் ஆகியவற்றில் மாற்றங்கள்.

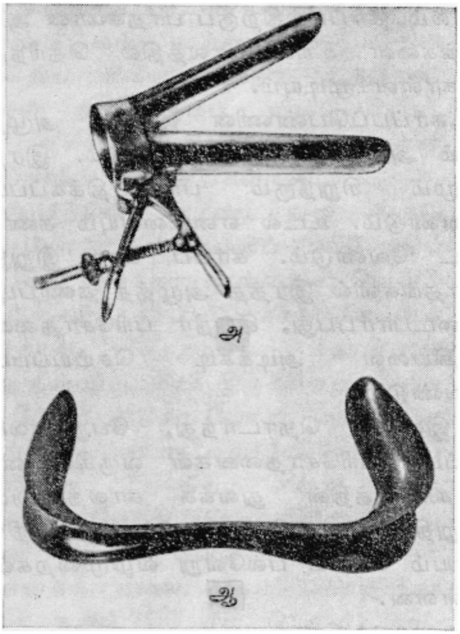
4) முலைக்காம்பில் திறக்கும் பால் நாளங்களிலிருந்து, சீம்பால் வெளிப்படல்.

5) நேர்மறை அறிகுறிகளைத் தெரிந்து கொள்ளும் வழிகளாவன: அ) யோனி முகப்பின் சிலேட்டுமத்தையும், புறப்பிறப்புறுப்புக்களையும் பரிசோதித்தல். ஆ) உட்காட்டி மூலம் பரிசோதித்தல். இ) பெண்ணின் யோனிப் பரிசோதனையும் இரு கை பரிசோதனையும். ஈ) முலையைத் தொட்டு சீம்பாலை வெளிப்படுத்துதல்.

பெண்ணை பரிசோதனைக் கட்டிலோ அல்லது மகளிர் நாற்காலியிலோ அமர்த்தி, யோனிப் பரிசோதனை செய்ய வேண்டும். கட்டிலில் இருக்கும் போது, பெண்ணின் கால்கள் வயிற்றின் மீது மடக்கி வைக்கப்பட்டு, விரித்த நிலையில் இருக்க வேண்டும். (விதாடமி நிலை) நோயாளியின் திரிகத்திற்கு அடியில், ஒரு மெத்தை வைக்கப்பட வேண்டும்.

பரிசோதகர், முதலில் தனது கைகளை சுடு தண்ணீரால் நன்றாக கழுவ வேண்டும். பின்னர் பிரஷ் கொண்டு சோப்பால் நன்கு கழுவ வேண்டும். பின்னர் தொற்று நீக்கு திரவம் கொண்டு நன்கு கழுவ வேண்டும்.(0.5% குளோரமின் கரையம் அல்லது 1% லைசோபார்ம் கரையம்). பரிசோதகர், தொற்று நீக்கப்பட்ட ஒரு கையுறையை அணிய வேண்டும். பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட்டின் (1:600) நீர்த்த கரையம் கொண்டு அல்லது ஏதாவது ஒரு தொற்று நீக்கு கரையம் கொண்டு, அல்குலை நன்கு கழுவி, தொற்று நீக்கப்பட்ட பஞ்சால் உலர்த்த வேண்டும். இடது கையின் கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல் கொண்டு பேரிதழையும், சிற்றிதழையும் பிரிக்க வேண்டும். அதன் பின் அல்குல், மற்றும் முகப்பின் சிலேட்டுமம், பார்தோலின் சுரப்பியின் வெளிவாயில்கள், துவாரம், விடபம் ஆகியவை பர்சோதிக்கப்பட வேண்டும்.

உள்நோக்கி பரிசோதனை: —புறபிறப்புறுப்புக்களையும், முகப்பின் சிலேட்டுமத்தையும் பரிசோதித்த பின்னர், பரிசோதகர் உள்நோக்கி கொண்டு பரிசோதிக்கிறார். யோனியின் சிலேட்டுமம்,கர்ப்பப்பையின் கழுத்து ஆகியவற்றின் நீலநிறத்தையும் (கர்ப்பத்திற்கான நேர்மறை அறிகுறிகள்), கருப்பைக் கழுத்தின் வியாதிகளையும் யோனியின்



படம் 65. யோனி உள்நோக்கி

அ) இரண்டு வால்வு கொண்ட உள்நோக்கி

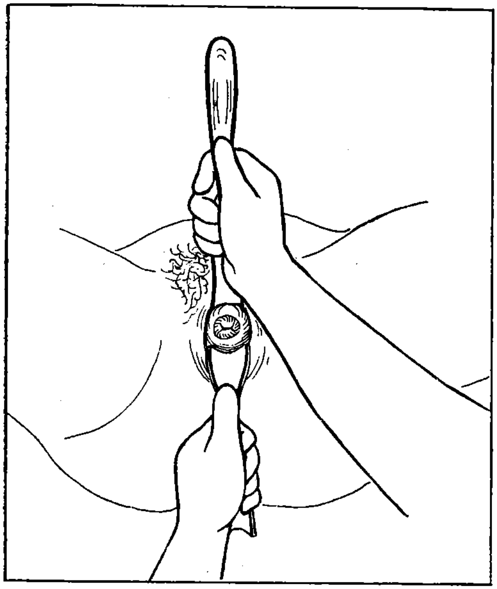
ஆ) கரண்டிவடிவ உள்நோக்கி

நோய்களையும் (அழற்சி, கீற்று அரிப்பு, தொங்கு தசை, புற்று நோய்) உள் நோக்கி மூலம் காணலாம்.

கரண்டி வடிவத்துடன் இரண்டு வால்வுகள் கொண்ட யோனி உள்நோக்கியைப் பயன்படுத்தலாம். (படம் 65)

இருவால்வு உள்நோக்கி, யோனியின் முகப்பை அடையும் வரை உட்செலுத்தப்படுகிறது. அதன் இரண்டு அலகுகளும் பிரிக்கப்படுகின்றன. இப்போது கருப்பைக் கழுத்தைக் காண முடிகிறது. யோனியிலிருந்து உள்நோக்கியை வெளியே எடுக்கும் போது யோனியின் சுவர்களை ஆராயலாம். கரண்டி வடிவ உள்நோக்கி மூலம் கருப்பைக் கழுத்தையும், யோனியையும் எளிதில் பரிசோதிக்க முடிகிறது. (படம் 66)

முதலில் ஒரு உள்நோக்கி யோனிக்குள் செலுத்தப்பட்டு, அதன் பின்புறச் சுவரும், விடபமும் அழுத்தப்படுகிறது.



படம் 66. கரண்டி வடிவ உள் நோக்கி மூலம் யோனிப் பரிசோதனை

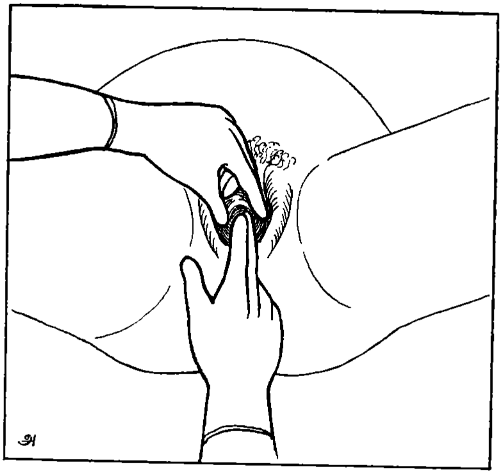
அடுத்து, மற்றொரு உள்நோக்கி உட்செலுத்தப்பட்டு யோனியின் முன்புறச் சுவர் உயர்த்தப்படுகிறது. கருப்பைக் கழுத்தையும், யோனியையும் பரிசோதித்த பின்னர், பரிசோதகர், கைகள் கொண்டு பரிசோதிக்கத் துவங்குகிறார்.

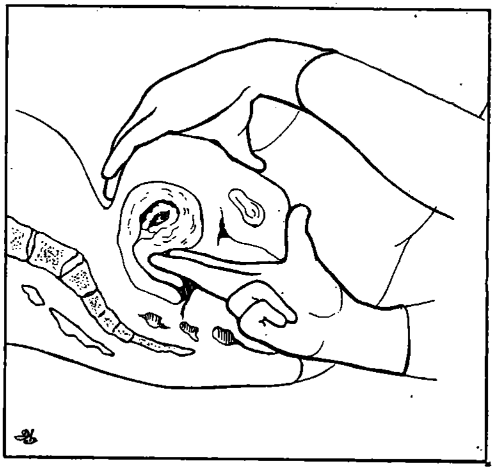
கர்ப்பப்பெண்ணின் யோனிப் பரிசோதனை:—இடது கையின் கட்டை விரலையும், ஆட்காட்டி விரலையும் கொண்டு, பரிசோதகர், பேரிதழையும் சிற்றிதழையும் பிரிக்கிறார். வலது கையின் மத்திய, ஆட்காட்டி விரல்களை யோனியினுட் செலுத்துகிறார். இதன் போது கட்டை விரல் மேல் நோக்கியும், 4 வது 5 வது விரல்கள் மடக்கப்பட்டு, மற்றவை விடபத்தின் மேலும் இருக்கின்றன (படம் 67 அ) கூபக அடித்தளத் தசைகள் மற்றும் யோனிச் சுவர்கள் (மடிப்புகள், விரியும் தன்மை, தொய்திறன்), யோனியின் வளைவுகள், கருப்பைக் கழுத்து (வடிவம், நெருக்க அளவு), கழுத்து உட்கால்வாயின் வெளித்துளை (திறந்துள்ளதா அல்லது மூடியுள்ளதா, முட்டை வடிவ அல்லது கீற்று அமைப்பு) ஆகியவை விரல்களால் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன.

இரு கை பரிசோதனை

கருப்பைக் கழுத்தைத் தொட்டுப் பார்த்த பின்னர், டாக்டர். இருகை பரிசோதனையைத் துவங்குகிறார் (படம் 67 ஆ).

பழக்கப்பட்ட கையின் (வலது) விரல்கள், யோனியின் உட்செலுத்தப்பட்டு, முன்புற வளைவின் மேல் வைக்கப்படுகின்றன. கருப்பைக் கழுத்து பின்புறமாகத் தள்ளப்படுகிறது. இடது கையின் விரல்கள், வயிற்றுச் சுவரை சிறிய கூபகத்தின் பக்கமாகத் தள்ளுவதால், முன்





படம் 67. யோனிப் பரிசோதனை
அ) விரல்களை யோனிக்குட் செலுத்துதல்
ஆ) இரு கைப் பரிசோதனை

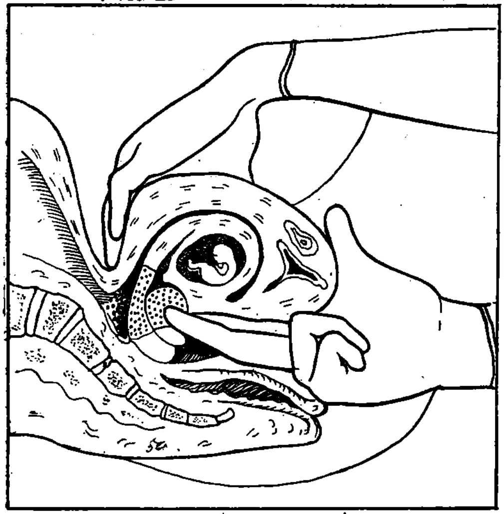
புற வளைவில் உள்ள கையின் விரல்களைச் சந்திக்கின்றன. இரண்டு கைகளின் விரல்களும் ஒன்றையொன்று சந்தித்தவுடன், பரிசோதகர், கருப்பையைத் தொட்டு அதன் நிலை, அமைப்பு, நெருக்க அளவு ஆகியவை பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. அடுத்து கருவகக் குழல்களும், சூலகங்களும் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. ஆராயும் கைகளின் விரல்கள், கருப்பையின் கோணங்களிலிருந்து படிப்படியாக கூபகத்தின் பக்கச் சுவர்களுக்குச் செல்கின்றன. கூபக எலும்புகளின் உட்பரப்பை தொட்டுப் பார்த்த பின் மூலைவிட்டக் கோட்டின் இணைப்பளவை அளவிடுவதுடன் இரு கைப் பரிசோதனை முடிகிறது.

கீழ்க்கண்ட அறிகுறிகள் கொண்டு கர்ப்பம் நிர்ணயம் செய்யப்படுகிறது.

1) கருப்பை பெரிதாதல். கருவக வாழ்வின் 5—6 வது வாரத்தில், கருப்பை அளவில் பெரிதானதை அளவிட முடியும். கருப்பை, முதலில் முன்புற பின்புறத் திசையில் வளருகிறது; உருண்டை வடிவமடைகிறது; பின்னர் குறுக்குத் திசையில் வளர்ச்சியடைகிறது. கர்ப்பம் வளர வளர கருப்பையின் பெரிதான தன்மை தெளிவாகிறது. இரண்டாவது மாத இறுதியில் கருப்பை வாத்து முட்டை அளவாகிறது. 3வது மாத இறுதியில் அதன் மேற்பகுதி பூப்பிணைப்பு மட்டத்தை அடைகிறது.

2) கோர்விட்ஸ்—ஹெகார் அறிகுறி. (படம் 68): கருப்பையின் நெருக்க அளவு மெல்லியதாக இறுக்கிறது. பரிசோதிக்கும் கைகளின் விரல்கள் (இரு கைப்பரிசோதனை) இடுக்கியில், எந்த வித தடையுமின்றிச் சந்திக்கின்றன. கர்ப்பத்தின்துவக்க காலத்தில், இந்த அறிகுறி சிறப்புத் தன்மை வாய்ந்தது.

3) ஸ்னீகிரேவின் அறிகுறி:—கருப்பை, கர்ப்பத்தின் போது, அதன் நெருக்க அளவில், பெறும் மாறுதலைடைகிறது. இருகைப்பரிசோதனையின் போது, கர்ப்பமான மெல்லிய கருப்பை, அடர்த்தியடைகிறது. யாந்திரீகத் தூண்டலுக்கு சுருங்கி பிரதிவினை புரிகிறது. பரிசோதிக்கும் கைகளின் கிளர்த்தல்



படம் 68. கோர்விட்ஸ்—ஹெகார் அறி குறி

வினை நின்றவுடன், கருப்பை மீண்டும் மெல்லியதாகிறது.

4) **பிஸ்கசெக்கின் அறிகுறி**:—கர்ப் பத்தின் துவக்க வாரங்களில், கருப்பை யின் உடல் வளர்ச்சியடைவது ஒரே சீராக இல்லை (படம் 69). இது,

படம் 69. பிஸ்கசெக்கின் அறிகுறி

மட்டை பொதிந்துள்ள கோணத்தில், கருவளர்ச்சியடைவதைப் பொறுத்துள் ளது. கர்ப்பம் வளர வளர, சமச்சீரற்ற தன்மை மறைகிறது.

5) கருப்பையின் இடுக்கி மெல்லிய தாவதால், கர்ப்பத்துவக்கத்தில் கருப் பைக் கழுத்தின் நிலை எளிதில் மாற்ற மடைகிறது என குபரேவும்,காசும் கருதினர்

இடுக்கி மிருதடைவதால் உண்டா கும் கருப்பையின் முன்புற வளைவும், கர்ப்ப கால துவக்க காலத்தின் ஒரு ஆரம்ப அறிகுறியாகும் என ஜெண்ட ரும் கருதினர்.

நோயாளியைப் பரிசோதித்து, ஒட் டுமொத்தமான அறிகுறிகளைக் கொண்டு கர்ப்பத்தை நிர்ணயம் செய் யலாம். பெண்ணின் பரிசோதனையின் போது காணப்பட்ட நேர்மறை, மற் றும் உத்தேச அறிகுறிகளையும் கணக்கி லெடுக்க வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் துவக்க கால நிர்ணயம் சந்தேகமாக இருந்தால் ஒன்றிரண்டு வாரங்கள் கழித்து மீண்டும் ஒரு முறை பரிசோதிக்க வேண்டும். இப்போது, முற்றிய கர்ப்பத்தால் எல்லா அறிகுறி களும் தெளிவாக உள்ளன. (கருப்பை யின் பெரிதடைந்த நிலை முதலியன)

கர்ப்பத்தின் வகைப்படுத்து நிர்ணயம்

பொதுவாக, மருத்துவ ஆய்வு விப ரங்களிலிருந்து கர்ப்பம் நிர்ணயிக்கப் படுகிறது. (முன்வரலாறு, கூர்ந்து நோக்கல், யோனிப் பரிசோதனை இன் னபிற). கர்ப்பத்துடன், மற்றும் பல நோய் நிலைகள் இருந்தால், நிர்ணயத் தில் சிரமங்கள் உண்டாகின்றன. வேற் றிட கர்ப்பத்தையும், கருவகக் குழல் அழற்சியையும் பிரித்தறிவது மிகவும் சிரமமான ஒன்றாகும். கருப்பையின்

புற்றுநோயிலிருந்து, கர்ப்பத்தை பிரித்தறிவதும் சிரமமான ஒன்றாகும்.

அத்தகைய கேசுகளில், பெண்ணின் மருத்துவ முறை பரிசோதனைகள் தவிர, உயிரியல் சார்ந்த கர்ப்பப் பரிசோதனைகளும் செய்யப்பட வேண்டும்.

அஷீம்—சாண்டேக் பரிசோதனை:— கர்ப்பத்தின் துவக்கத்திலிருந்தே, பெண்ணின் உடலில் ஏராளமாக கோனடோட்ரோபின் உற்பத்தி செய்யப்பட்டு சிறுநீரில் வெளிப்படுகிறது.

இந்தச் சிறுநீரை சரும அடி ஊசியாக முதிர்ச்சியடையாத பெண் சுண்டேலிக்குள் செலுத்தினால், எலியின் கருப்பையும் குமிழ்பைகளும் தூண்டப்பட்டு, வீக்கமடைந்த குமிழ்பைகளில் குருதிப் பெருக்கு ஏற்பட்டு, கார்பஸ்ல்யூடியமாக மாறுகிறது.

6—8 கிராம் எடையுள்ள பெண் சுண்டெலிகளுக்கு, காலையின் முதல் சிறுநீரை 0.2—0.4 மி.லி. அலகில் தினமும் 6 தடவைகளாக 2 நாட்களுக்கு, ஊசி மூலம் செலுத்த வேண்டும். 96—100 மணி நேரங்களுக்குள், அவை, கொள்ளப்படுகின்றன. கருப்பையும், சூலகங்களும் பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. குமிழ்பைகளில் காணப்படும் குருதிப்பெருக்கு (நேராகவே காண முடியும்) அல்லது பெரிதடைந்த கருப்பை, ஒரு நேர்மறை அறிகுறியாகக் காணப்படுகிறது.

தவளைச் சோதனை. கர்ப்பப்பெண்ணின் சிறுநீரில் காணப்படும் கோனோடோ டிரோபினின் வினையால், சில நிலநீர்வாழ் ஆண் பிராணிகள் (தவளைகள், பரட்டைகள்), விந்தணு செல்களை உற்பத்தி செய்கின்றன. பரிசோதிக்கப்பட வேண்டிய பிராணியின் முதுகிலுள்ள நிணப்பையினுள், 2.5 மி.லி. சிறுநீர், ஊசிமூலம் செலுத்தப்படுகிறது. 1—2 மணி நேரங்களில், பிப்பெட்டின் உதவியால், குதப்பை திரவம் எடுக்கப்படுகிறது. நுண்பெருக்கி மூலம், அசையும் தன்மை கொண்ட விந்தணுக்களைக் காண முடிந்தால், சோதனை நேர் மறையாகக் கருதப்படுகிறது.

தடுப்பாற்றியல் முறைப்படி கர்ப்ப நிர்ணயம்: தடுப்பாற்றியல் முறையில், கர்ப்பத்தை நிர்ணயம் செய்ய ஹீம—அக்ளுடினேஷன் முறை கையாளப்படுகிறது.

மனித கோரியானிக் கோனோடோடிரோபின் வினைபுரிந்த ஆடுகளின் சிவப்பணுக்களை, சிறப்பாகத் தயாரிக்கப்பட்ட பெண் முயல்களின் எதிர்சீரம், திரட்சி அடையச் செய்கிறது. கோனோடோடிரோபின் கொண்ட கர்ப்பப் பெண்ணின் சிறுநீரை இட்டால், சிவப்பணுக்கள் திரட்சியடைவது தடைபடுகிறது.

புற ஒலி (அல்ட்ராசவுண்டு) முறை போன்ற, பல்வேறு உபரி முறைகளும், கர்ப்பத்தை நிர்ணயிக்கக் கையாளப்படுகின்றன. இவற்றின் மூலம், 8—10 வது வாரத்திலேயே, சிசு இருதய ஒலிகளைக் கேட்க முடிகிறது. கருப்பையினுள் பொலிவடைந்த கரு அணுக்கள் இருப்பதை, புற ஒலி, காட்டுகிறது.

க்ர்ப்பத்தின் காலந்தாழ்த்திய நிர்ணயம்

கர்ப்பத்தின் இறுதிப் பகுதியில் **திட்டவட்டமான** அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன:—

1) தொட்டுப் பார்த்தல் முறையில் சிசுவைத் கண்டுபிடித்தல்: கர்ப்பத்தின் இறுதிப்பகுதியில் சிசுத்தலை, மற்றும் முதுகு, கை கால்கள் ஆகியவற்றைத் தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ளலாம்.

2) சிசு இருதயத் தொனிகளை, கர்ப்ப

கால இறுதிக் கட்டத்தில் தெளிவாகவும் இடைவிடாதும், லயத்துடிப்புகளாகவும் (ஒரு நிமிடத்திற்கு 130—140 துடிப்புகள்) கேட்க முடிகிறது. கர்ப்பத்தின் 18—19வது வாரத்திலேயே, சில போது, இருதயத் தொனிகளைக் கேட்க முடிகிறது.

3) சிசுவின் அசைவுகளை, கர்ப்ப கால இறுதிக் கட்டத்தில் பரிசோதகரால் உணர முடிகிறது. 20வது வாரத்தில், கர்ப்பிணியாலும் தனது சிசுவின் துடிப்பான அசைவுகளை, உணர முடியும். இந்தக் கர்ப்பம் முதல் தடவையாக இல்லாமலிருந்தால், சீக்கிரமாகவே, கர்ப்பிணி சிசு அசைவுகளை உணர முடியும். இவற்றை திட்டவட்டமான அறிகுறிகளாகக் கருத முடியாது. ஏனெனில் குடற் சுருக்கங்கள் கூட, இவை போன்றே இருக்கும்.

4) சிசுவை எக்ஸ் கதிர் மூலம் தெரிந்து கொள்ளல். 5வது மாத இறுதியில், கர்ப்பத்திற்கான எக்ஸ் கதிர் சாட்சியம் கிடைக்கிறது. சிசுவிற்கு எக்ஸ் கதிர்கள் தீமை விளைவிப்பதால், அவசர காலங்களில் மட்டுமே எக்ஸ் கதிர் பயன்படுத்தப்படுகிறது. கர்ப்ப கால துவக்கத்தில் எக்ஸ் கதிர்கள் தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

5) இருதய மின்னலைப் பதிவு மற்றும் போனோ இருதய பதிவு, பற ஒலி ஆகியவற்றின் மூலம் இருதயத் துடிப்புக்களை பதிவு செய்வது, புறவய நிர்ணய முறையில் அடங்கும்.

தோற்றம்.

கருப்பையில், சிசுவின் நிலையை நிர்ணயிப்பதுவும் கர்ப்பப்பெண்ணின் பரிசோதனையில் அடங்கும்.

1) உடலின் உறுப்புக்களின் நிலை. சிசுவின் உடல், பொதுவாக, மடங்கியே உள்ளது. மோவாய், மார்புக்கு எதிராக அழுங்கியுள்ளது. கால்கள், தொடைகளின் மீது மடங்கியுள்ளன. கைகள் மார்பின் குறுக்காக உள்ளன. சகஜ நிலையில் இருக்கும் போது, சிசு, ஒரு நீள் வட்ட வடிவில் உள்ளது. முழுமையான நிலையில் அதன் சராசரி நீளம் 25 செ.மீ. ஆகும். நீள் வட்டத்தின் அகன்ற பகுதி (கீழ்பகுதி) கருப்பையின் மேற்பகுதியில் காணப்பகிறது. குறுகலான பகுதி (தலைப்பகுதி), கூபக நுழைவாயிலை நோக்கி உள்ளது.

கருப்பையினுள் சிசு அசையும் போது கை கால்களின் நிலை, சிறிது நேரத்திற்கு மாறி இருக்கலாம். ஆனால் இதனால் சிசுவின் சகஜ நிலை மாறாது.

2) கருப்பையின் செங்குத்துவிட்டத்தைப் பொறுத்து சிசுவின் அமைப்பு காணல்: —கீழ்க்கண்ட நிலைகள் பிரித்தறியப் படுகின்றன.

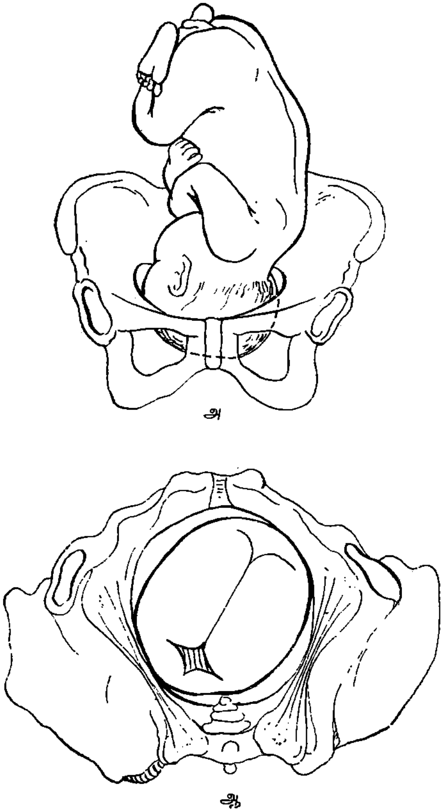
அ) நீளவாட்ட சிசுவின் நீண்ட இருசுகளும், தாயினதும் ஒரே மாதிரி உள்ளன. (படம் 70 அ)

ஆ) குறுக்கு வாட்ட—சிசு உடலின் நீள இருசு, கர்ப்பப்பையின் செங்குத்து இருசுக்கு சரிகோணத்தில் உள்ளது (படம் 76).

இ) சாய்வான—சிசுவின் நீள இருசு, கருப்பையின் செங்குத்து இருசுடன், நெருக்கமான கோணத்தில் உள்ளது.

நீளவாட்டத் தோற்றம் சகஜமானதாகக் கருதப்படுகிறது. 99.5% கேசுகளில், இதுவே காணப்படுகிறது. குறுக்கு வாட்ட, சாய்வான தோற்றங்கள் அபூர்வமாகவே (0.5% கேசுகள்) காணப்படுகிறது.

3) சிசுவின் முதுகிற்கும், கருப்பையின் பக்கங்களுக்கு மான உறவு. இடது, வலது நிலைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. இங்கு, சிசுவின் முதுகு, கருப்பையின் முறையே இடது, அல்லது வலது பக்கத்தில் உள்ளது.



படம் 70.

அ) நீளவாட்ட, இடது பின்தலை முன் தோற்றம்

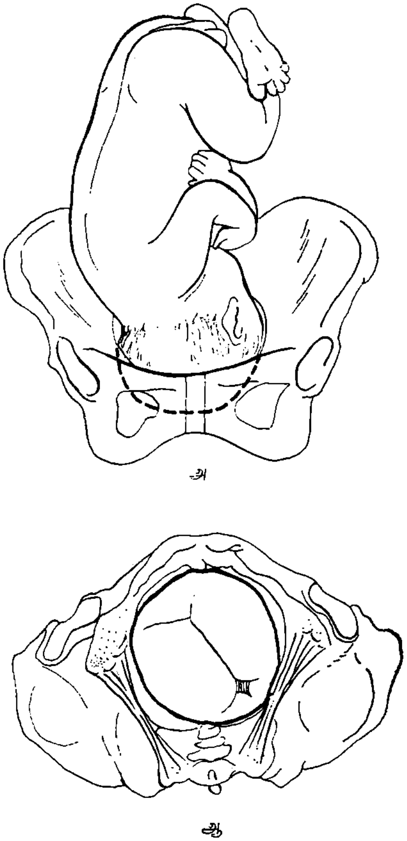
ஆ) கீழ்த் தோற்றம். மட்டத் தையல், வலது சாய்வு விட்டத்தில் உள்ளது. பின்புற மென்தோலின் இடது முன்னிலை

இடது நிலை தான் பெரும்பாலும் காணப்படுகிறது. கர்ப்ப கருப்பையின், இடதுபக்கமாக, முன்புறமான சுழற்சியால் இது நிகழ்கிறது.

குறுக்கு அல்லது சாய்வுத் தோற்றத்தில், சிசுவின் இடது அல்லது வலது நிலை, அதன் முதுகால் அல்லாமல், அதன் தலையால் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது.

சிசுவின் முதுகு, நேரடியாக ஒரு பக்கமாக எப்போதும் இருப்பதில்லை. ஆனால் பொதுவாக முன்புறமாகவோ, பின்புறமாகவோ திரும்பி உள்ளது.

4) முன்புற (படம் 70—71), பின்புற நிலைகள் *(படம் 72—73)* பிரித்தறியப்படுகின்றன.

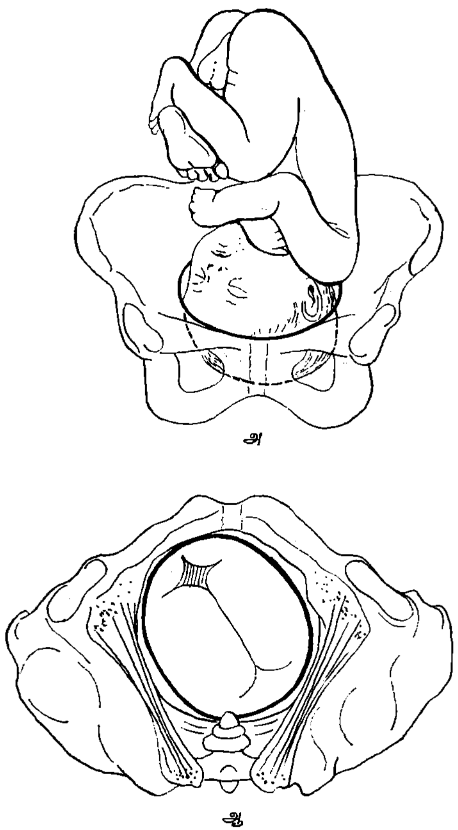


படம் 71.

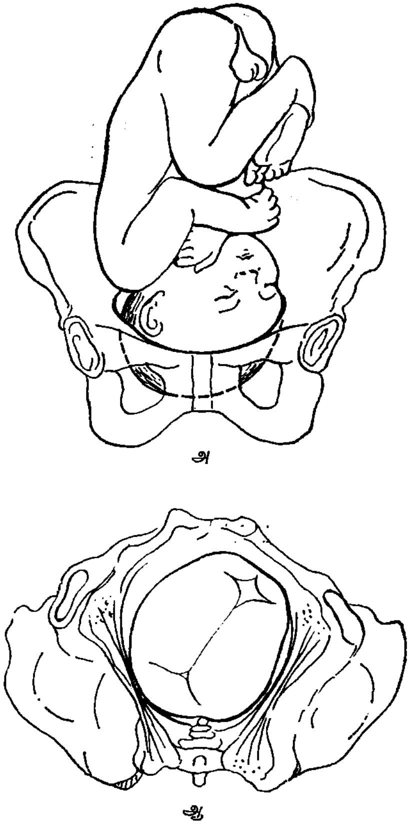
அ) நீளவாட்ட. வலது பின்தலை முன்புறத் தோற்றம்.

ஆ) கீழ்ப்புறத் தோற்றம்

மட்டத் தையல் இடது குறுக்கு விட்டத்தில் உள்ளது. பின்புற மென்தோலின் வலது முன்புற நிலை



படம் 72.



படம் 73.

பின்புற மென்தோலின்
இடது பின்புற நிலை

அ) நீளவாட்ட. இடது பின்தலை பின் புறத் தோற்றம்.

ஆ) கீழ்புறத் தோற்றம். மட்டத்தையல் இடது சாய்வு விட்டத்தில் காணப்படுகிறது.

5) சிசுவின் பெரிய பகுதி (தோன்றும் பகுதி), தோற்றத்திற்கு பெயர் கொடுக்கிறது. அது தலையாக (சிசுவின் தலை கூபக நுழைவாயிலில் அமைந்துள்ளது) அல்லது கூபக (குண்டி) தோற்றமாக இருக்கலாம். (சிசுவின் பிட்டிகள் (குண்

பின்புற மென்தோலின் வலது பின்புற நிலை.

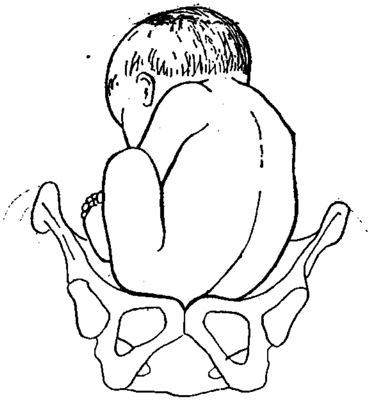
அ) நீளவாட்ட. வலது பின்தலை பின் புறத் தோற்றம்.

ஆ) கீழ்ப்புறத் தோற்றம்: தையல் வலது சாய்வு விட்டத்தில் காணப்படுகிறது.

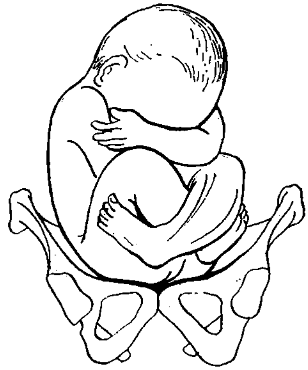
டிகள்) தோன்றுகின்றன) (படம் 74—75)

6) சிறிய கூபக நுழைவாயிலின் அருகே உள்ளதும், பிறப்புப் பாதை வழியாக முதலில் செல்வதும் தான் சிசுவின் தோற்றப்பகுதி எனப்படுகிறது.

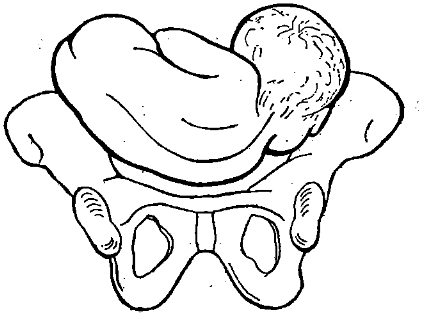
பின் தலை, மற்றும் உச்சித் தலை,



படம் 74. நீள்வாட்ட இடது திரிக முன்புறத் தோற்றம்.



படம் 75. நீள்வாட்ட வலது திரிக பின்புறத் தோற்றம்



பாம் 76. குறுக்கான இடது தோள் முன்புறத் தோற்றம்

புருவம், முகம் ஆகியவற்றின் தோற்றத்தைப் பொறுத்து, தலைத் தோற்றம் பின்வருமாறு பிரிக்கப்படுகிறது:—பின் தலை, உச்சித்தலை (முன்புற), புருவம் (நெற்றி) முகம் (மோவாய்). பின் தலைத் தோற்றம் (மடங்கிய) தான் மிகவும் பொதுவானது. நீளவாட்டத் தோற்றங்களில் 95% கேசுகளில், இது தோன்றுகிறது. முன்புற உச்சித்தலை, புருவ, முகத்தோற்றங்களில், தலை, பல்வேறு அளவுகளில் மடங்கிக் காணப் படுகிறது. நீளவாட்டத் தோற்றங் களின் 1%ல், மடங்கலில்லாத தோற்றம் காணப்படுகிறது.

பிட்டித் தோற்றம், முழுமையாக இருக்கலாம்; (இரண்டு பிட்டம்) கால் மட்டுமாக இருக்கலாம்; (ஒன்று அல்லது இரண்டு) அல்லது அரைகுறையாக இருக்கலாம்.

8) இணைதொலை நிலையும், இணை தொலையில்லா நிலையும் பிரித்தறியப்படுகின்றன. சிசுத்தலையின் மட்டத்தையலுக்கும், பூப்பிணைப்பு, திரிக புறமுனைப்புக்கும் உள்ள உறவு. இணை தொலை நிலையில் பூப்பிணைப்புக்கும், திரிக புறமுனைப்புக்கும் இணையான தூரத்தில் மட்டத்தையல் உள்ளது. மற்றதில் மட்டத்தையல், திரிக புறமுனைப்புப் பக்கமாகவோ அல்லது பூப்பிணைப்பின் பக்கமாகவோ நெருங்கி இருக்கிறது. மட்டத்தையல், திரிகமுனைப்புக்கு அருகே இருந்தால், அந்த நிலையை முன்புற இணைதொலையில்லா நிலை என்கிறோம். (முன்புற பக்க எலும்புத் தோற்றம்) மட்டத்தையல், பூப்பிணைப்பிற்கு அருகே இருந்தால் அதைப் பின்புற இணைதொலையில்லா நிலை எனப்படுகிறது. (பின்புற பக்க எலும்புத் தோற்றம்)

இணை தொலை நிலை, ஒரு வழி

இணைவு நிலையின் சகஜமான ஒன்று, என வரையறுக்கப்படுகிறது. ஓரளவான முன்பு இணைதொலையில்லா நிலை, சில போது, சகஜமான பிரசவத்தின் போது நிகழ்கிறது. இந்த நிகழ்வு தற்காலீகமான ஒன்றே. தானாகவே அகற்றப்படுகிறது. மிகையான முன்புற அல்லது பின்புற இணைதொலையில்லா நிலை, நோய்நிலைகளைக் குறிக்கின்றன. (இணைதொலை நிலையில் சிசுத்தலையின் மட்டமும், கூபகமட்டமும் ஒரே கோட்டில் இருக்கிறது. மொ—ர்)

சிசுவின் மேற்கூறிய நிலைகளை வரிசைப்படுத்தி கீழ்வருமாறு குறிப்பிடப்படுகிறது:

1) நீளவாட்டுத் தோற்றங்கள்: அ)தலைத் தோற்றம்

1) பின்தலைத் தோற்றம் (மடங்கிய)
இடது பின்தலை முன்புற (எல்.ஓ.ஏ.) (படம் 70)

இடது பின்தலை பின்புற (எல்.ஓ.பி) (படம் 72)

வலது பின்தலை முன்புற (ஆர்.ஓ.ஏ) (படம் 71)

வலது பின்தலை பின்புற (ஆர்.ஓ.பி) (படம் 73)

2) மடங்கி இல்லாத தோற்றம்

அ) தலை உச்சித் தோற்றம்
இடது பின்தலை முன்புற (எல்.ஓ.ஏ)
இடது பின்தலை பின்புற (ஆர்.ஓ.ஏ)
வலது பின்தலை முன்புற (ஆர்.ஓ.ஏ)
வலது பின்தலை பின்புற (ஆர்.ஓ.பி)

ஆ) புருவத் தோற்றம்
இடது நெற்றி முன்புற (எல்.சின்.ஏ)
இடது நெற்றி பின்புற (எல்.சின்.பி)
வலது நெற்றி முன்புற (ஆர். சின். ஏ)
வலது நெற்றி பின்புற (ஆர்.சின்.பி)

இ) முகத்தோற்றம்

இடது மோவாய் முன்புற (எல்.எம்.ஏ)

இடது மோவாய் பின்புற (எல்.எம்.பி)

வலது மோவாய் முன்புற (ஆர்.எம்.ஏ)

வலது மோவாய் பின்புற (ஆர்.எம்.பி)

ஆ) பிட்டத் தோற்றம்

1) முழுமையான பிட்டத்தோற்றம்.
இடது திரிக முன்புற (எல். எஸ்.ஏ)

இடது திரிக பின்புற (எல்.எஸ்.பி)
வலது திரிக முன்புற (ஆர்.எஸ்.ஏ)
வலது திரிக பின்புற (ஆர்.எஸ்.பி)

2) அரைகுறை பிட்டத் தோற்றம்.
இடது திரிக முன்புற (எல்.எஸ்.ஏ) (படம் 74)

இடது திரிக பின்புற (எல்.எஸ்.பி)
வலது திரிக முன்புற (ஆர்.எஸ்.ஏ)
வலது திரிக பின்புற (ஆர்.எஸ். பி)

3) பாதத் தோற்றம் (இருபாத)
இடது முன்புற
இடது பின்புற
வலது முன்புற
இடது முன்புற

II குறுக்குத் தோற்றம்
இடது தோள் முன்புற (எல்.எஸ்.ஏ)
இடது தோள் பின்புற (எல். எஸ்சி.பி)

வலது தோள் முன்புற (ஆர். எஸ்சி.ஏ)

வலது தோள் பின்புற (ஆர். எஸ்சி.பி)

பேறுகாலப் பரிசோதனை. பிரசவம், மற்றும் கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதி.

வயிற்றைத் தொட்டுப் பார்த்து, ஸ்டெத் முறை மூலம் பரிசோதித்தலும் (கருப்

பையிலுள்ள சிசுவின்) கூபக விட்டங்களை அளவிடலும் பிரசவம் மற்றும் கர்ப்ப கால இரண்டாவது பகுதியில் பெண்ணின் பேறுகால பரிசோதனைகளில் முக்கியமானதாகும். பிரசவத்தின் போது, யோனிப் பரிசோதனை கட்டாயமான ஒன்றாகும்; இறுதி காலங்களில் அவசியமிருந்தால் செய்யப்படுகிறது. வயிற்றின் சுற்றளவு, கர்ப்பமடைந்த கருப்பையின் உயர் மட்டம், கருப்பையிலுள்ள சிசுவின் அளவு ஆகியவற்றை அளவிட்டு, பேறுகால நிபுணர் சருவின் வயதை நிர்ணயிக்கிறார்.

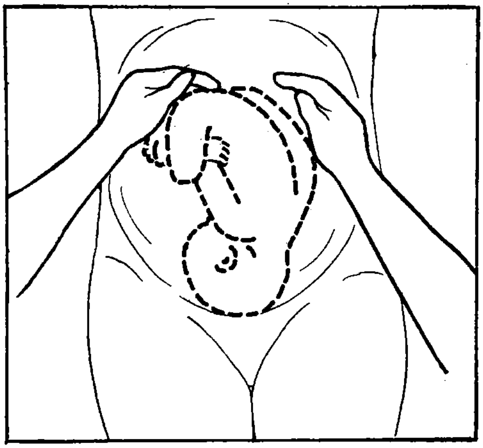
தொட்டுப்பார்த்தல். — கர்ப்பப்பெண்ணின் புறப்பரிசோதனையில் மிகவும் முக்கியமானது, அவளது வயிற்றைத் தொட்டுப் பார்த்தலேயாகும். தொட்டுப் பார்த்தல் முறை மூலம் சிசுவின் வெவ்வேறு பகுதிகளைத் தெரியலாம்; அதன் அமைப்பை வரையறுக்கலாம்; கருப்பையில் அதன் நிலையைத் தெரியலாம். (கூபக மட்டத்தனங்களுக்கு தோன்றும் பகுதி, சிசுவின் நிலை ஆகியவை); சிசுவின் அசைவுகளை உணரலாம்; அம்னியாடிக் திரவத்தின் அளவை கணக்கிடலாம்; கருப்பையின் நிலையைக் கணிக்கலாம்.

வயிற்றைத் தொட்டுப் பரிசோதித்தலில் நான்கு வழி முறைகள் இருப்பதாக லியோபோல்டு கூறுகிறார்:—

கர்ப்பப்பெண், மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறாள். பேறுகால நிபுணர், அவளது வலது பக்கத்தில் நின்று கொண்டு, நேருக்கு நேர் காண்கிறார்.

முதல் வழிமுறை: (படம் 77)

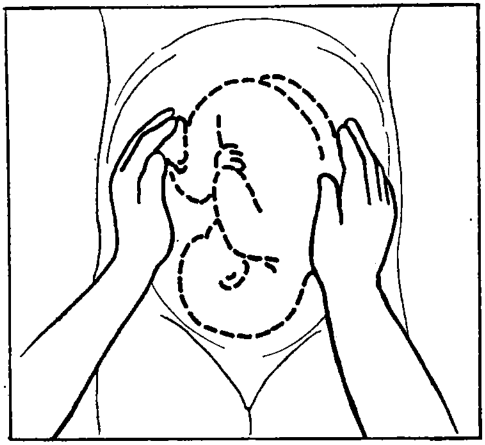
பரிசோதிக்கும் கரங்கள் வயிற்றின் மேல் வைக்கப்பட்டு நடுநோக்கி அசைப்பதன் மூலம், கருப்பையின் மேல் விளிம்பை கண்டுபிடிக்கலாம். கருப்பையின் உயர்மட்டம், கருவின் வயதைக் காட்டுகிறது. முதல் வழிமுறை



படம் 77. முதல் வழிமுறை

மூலம் சிசுவின் எந்தப்பகுதி, கருப்பையின் மேல் பகுதியில் உள்ளது எனத்தெரியலாம். வழக்கமாக குண்டிகள் தான் தொடப்படுகின்றன.

இரண்டாவது வழிமுறை: (படம் 78)

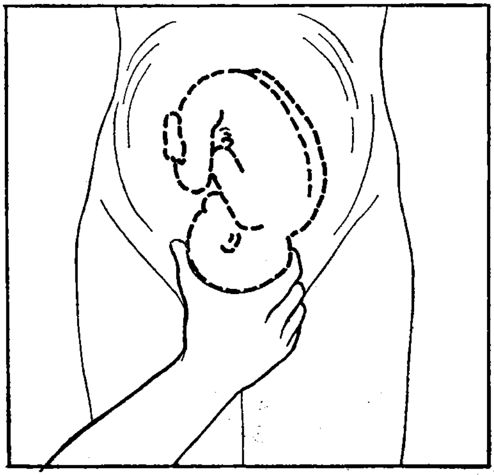


படம் 78. இரண்டாவது வழிமுறை

இந்த முறை மூலம், சிசுவின் முதுகையும் அதன் இதர சிறிய பகுதிகளையும் தெரியலாம். பேறுகால நிபுணரின்

கைகள் தொப்பூழ் நோக்கி கீழ் நோக்கிச் சென்று, கருப்பையின் பக்கங்களில் நிலை கொள்கிறது. முதலில் இடதுகை, அசையாது இருக்கிறது. அதே போது வலதுகையின் விரல்கள் வயிற்றின் இடது பக்கத்தைத் தொட்டுப் பார்த்து சிசுவின் பாகங்களைத் தெரிய முயலுகிறது. பின்னர் வலதுகை கருப்பையின் பக்கத்தைத் தாங்கிக் கொள்கிறது. அதே போது இடதுகை, கருப்பையின் வலது பக்கத்தை நோக்கியிருக்கும் சிசுவின் பகுதிகளைத் தெரிய முயற்ச்சிக்கிறது. சிசுவின் நிலை நீளவாட்டமாக இருந்தால், ஒருகை, சிசுவின் முதுகைத் தொடுகிறது; மற்றகை சிசுவின் சிறிய பகுதிகளைத் தொடுகிறது. ஒரு இறுக்கமான மழமழப்பான பொருள் போன்று முதுகு தோன்றுகிறது. சிறிய பகுதிகள், பரிசோதிக்கும் விரல்களுக்கு புடைப்புகள் போன்று தெரிகின்றன. இவை, அடிக்கடி நிலை மாறுகின்றன. சில சமயங்களில், சிசுவின் கைகால்களின் திடீர் அசைவுகளை பரிசோதகர் உணருகிறார்.

மூன்றாவது வழிமுறை (படம் 79)



படம் 79. 3வது வழிமுறை

தோன்றும் பகுதியை, இந்த வழிமுறை மூலம் நிர்ணயிக்கலாம், கர்ப்பப்பெண்ணை நேருக்கு நேர் பார்த்துக் கொண்டு அவளது வலது பக்கத்தில் பேறுகால நிபுணர் நின்று கொள்கிறார். ஒரு கை பொதுவாக வலது கை, பூப்பிணைப்பின் மேல் வைக்கப்படுகிறது. கட்டை விரல் ஒரு பக்கமாகவும், மற்ற விரல்கள் கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியின் மேலும் இருக்கின்றன. பின்னர் விரல்கள் மெதுவாகவும், படிப்படியாகவும் அமுக்கப்பட்டு, தோன்றும் பகுதி பிடிக்கப்படுகிறது. நன்கு வரையறுக்கப்பட்டு அடர்த்தியான உருண்டை வடிவப் பொருளாக, தலை, உணரப்படுகிறது.

குண்டித் தோற்றத்தின் போது, உருண்டை வடிவமில்லாத, பெரிய ஆனால் மெல்லிய பகுதி உணரப்படுகிறது. குறுக்கு வாட்ட அல்லது சாய்வு தோற்றங்களில் தோன்றும் பகுதியை தெரிந்து கொள்ள முடியாது.

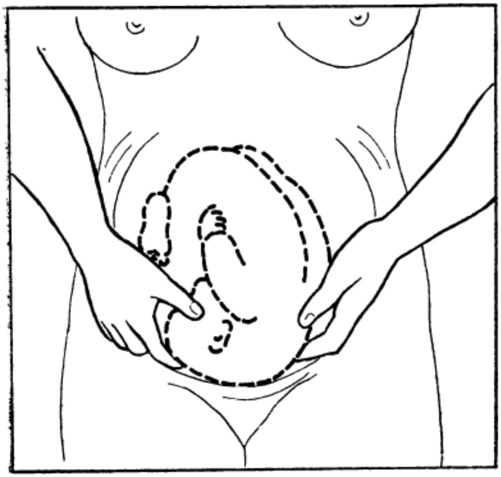
தலையின் அசையும் தன்மையைத் தெரிந்து கொள்ள மூன்றாவது வழிமுறை பின்பற்றப்படுகிறது. தலையை மெதுவாகத் தள்ளுவதன் மூலம், பரிசோதகர் அதை ஒரு பக்கமாக அசைக்க முயற்சிக்கிறார். தலையை அசைக்க முடியும்; இந்த அசைவு விரல்களால் உணரப்படுகிறது. பலமகவை ஈன்ற தாய்மார்களில் இது, முனைப்புடன் காணப்படுகிறது. கூபக நுழைவாயிலின் உயர்ந்த மட்டத்தில் தலை இருக்கும் வரை, இந்த அசைவு (குலுங்கல்) மிகவும் விசையுடன் இருக்கிறது.

குண்டித் தோற்றத்திலும், கூபக நுழைவாயிலில் தலை நிலை பெற்று விட்ட பின்னரும், சிசுவைக் குலுக்க முடியாது.

மூன்றாவது வழிமுறையை மிகவும் கவனத்துடன் கையாள வேண்டும். ஏனெனில் வலுவான அசைவுகளால்

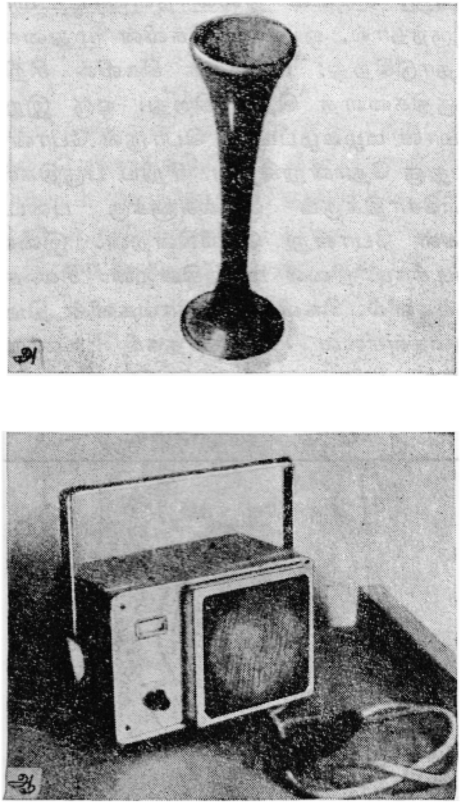
வலி உணர்வுகள் தூண்டப்படக் கூடும். முன்புற வயிற்றுச் சுவரின் தசைகளில் பிரதிவினையாக உளைச்சல் தோன்றலாம்.

நான்காவது வழிமுறை (படம் 80)



படம் 80. நான்காவது வழிமுறை

மூலம், 3 வது வழிமுறையின் முடிவுகளை உறுதி செய்யலாம். மேலும், தோன்றும் பகுதியின் மட்டத்தையும் நிர்ணயிக்கலாம். பரிசோதகர் பெண்ணின் வலது புறமாக இருந்துகொண்டு, நோயாளியின் கால்களை நோக்க வேண்டும். கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியின் இரண்டு பக்கங்களில் கைகள், வைக்கப்படுகின்றன. விரல் நுனிகள் பூப்பிணைப்பை நோக்கி உள்ளன. கூபகக் குழிவை நோக்கி, வயிற்றில் விரல்கள் அமுக்கப்பட்டு, தோன்றும் பகுதி கண்டுபிடிக்கப்பட்டு, அதன் மட்டமும் அளவிடப்படுகிறது (தோன்றும் பகுதி தலையாகவோ அல்லது பிட்டமாகவோ இருக்கலாம்). நான்காவது வழிமுறை தலையின் நிலையைக் காட்டுகிறது:—தலை கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தின் மேலாக உள்ளதா அல்லது கீழே இறங்கி நிலை பெற்று விட்டதா எனத்தெரியலாம். நிலைபெற்றுவிட்டது குறிப்பிடத் தகுந்த அளவில் நிலைபெற்று விட்டால், தலையின் அடித்தளத்தை தொட்டுப் பார்க்க முடியும். இது போலவே, தோன்றும் கூபக மட்டத்தையும் நிர்ணயிக்க முடியும். தலை தோன்றுவதாக இருந்தால், பின்தலை அல்லது மோவாய் ஆகியவற்றின் நிலையை, 4வது செயல் முறை மூலம் உறுதி செய்ய முடியும். பிரசவம் துவங்கியபின் எந்த அளவுக்கு தலை நிலை. பெற்றுள்ளது என்



படம் 81. சிசு இதய தொனிகளைக் கேட்பதற்கான கருவி
அ) பேறுகால ஸ்டெதாஸ்கோப்
ஆ) புறஒலிக் கருவி

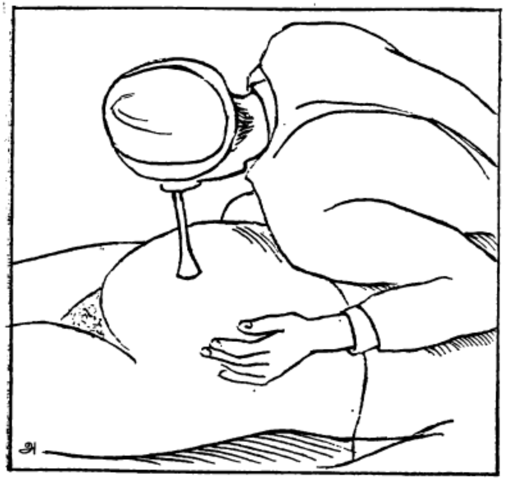
பதையும் 4வது வழிமுறை மூலம் நிர்ணயிக்கலாம்.

ஸ்டெத் முறை: கர்ப்ப அல்லது பிரசவத்தில் இருக்கும் பெண்ணின் வயிற்றை, புற ஒலிகருவி மூலமாகவோ அல்லது பேறுகால ஸ்டெதாஸ்கோப் மூலமோ, ஒலிச் சோதனை செய்யலாம். சாதாரணமான கருவியை விட, இதன் வாய் அகன்று இருக்கிறது. இதை அப்படியே வயிற்றின் மேல் வைத்து ஒலிச் சோதனை செய்யலாம். (படம் 81—82)

கருவி எதையும் உபயோகிக்காமலேயே நேரடியாகவே, பரிசோதகர், ஒலிகளைக் கேட்க முடியும். ஆனால் இது வசதி குறைந்தும், துல்லியம் குறைவாகவும் உள்ளது.

கர்ப்பப் பெண்ணை ஸ்டெத் முறை மூலம் பரிசோதிக்கும் போது, சிசு இருதயத் தொனிகளைக் கேட்கலாம். மேலும் பெண்ணின் உடலினுள் உண்டாகும் மற்ற ஒலிகளையும் கேட்க முடிகிறது:—

1) தாயின் நாடித்துடிப்புடன் கேட்கப்படும் வயிற்று தமனியின் முணுமுணுப்பு 2) கருப்பையின் ஊதல் ஒலி அல்லது கருப்பையின் பக்கச் சுவர்களில் உள்ள இரத்த நாளங்களின் ஊதல் முணுமுணுப்பு. (இதுவும் நாடித்துடிப்



படம் 82. சிசு இருதய தொனிகளைக் கேட்டல்

அ) பேறுகால ஸ்டெதாஸ்கோப் உதவியுடன்

ஆ) புற ஒலிக் கருவிகொண்டு

புடனேயே கேட்கப்படுகிறது) 3) குடலின் லயமற்ற முணுமுணுப்புகள்.

சிசுவின் இருதயத் தொனிகளையும், மங்கலான லயமற்ற துடிப்புகளையும் ஒலிச் சோதனை மூலம் கேட்டுத் தெரியலாம்.

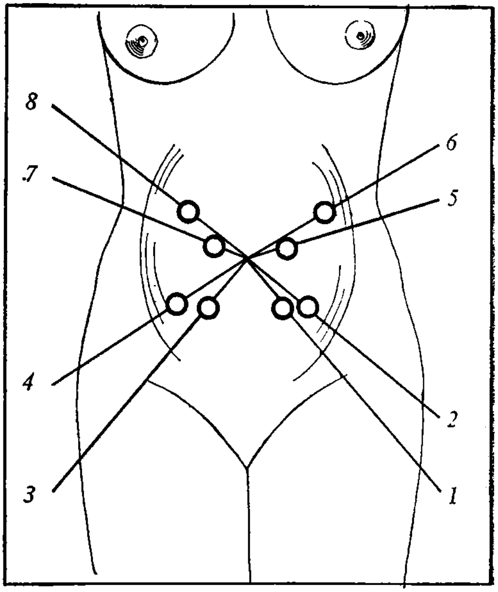
கர்ப்பத்தின் திட்டவட்டமான அறிகுறியான, சிசுவின் இருதயத் தொனிகளைக் கேட்பது தான் ஒலிச்சோதனையின் பிரதான நோக்கமாகும். சிசுவின் இருதயத் தொனிகள், குறிப்பாக பிரசவத்தின் போது, சிசுவின் பொது உடல் நிலையைப் பிரதிபலிக்கிறது.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் சிசு இறுதயத் தொனிகள் கேட்கப்படுகின்றன. (அபூர்வமாக 18 வது 19வது வாரங்களில்) கர்ப்பம் இறுதி நிலை அடையும் போது இருதயத் தொனிகள் மிகவும் நன்றாகக் கேடகப்படுகின்றன. சிசுவின் முதுகு, கருப்பையின் முன்சுவரை ஒட்டியிருந்தால் (சிசுத்தலையின் அருகே) இருதயத் தொனி நன்கு கேட்கிறது, முகத்தோற்றத்தின் போது, மார்பு வழியாக இருதயத் தொனியை நன்கு கேட்கலாம்.

பின்தலைக் தோற்றத்தின் போது, கர்ப்பபெண்ணின் தொப்பூளுக்குக் கீழே இருதயத் தொனிகள் நன்கு கேட்கின்றன. (அதாவது இடது நிலையின் போது இடது பக்கத்திலும், வலது நிலையின் போது வலது பக்கத்திலும்)

கூபகத் தோற்றத்தின் போது (சிசுத் தலையின் அருகே) தொப்பூழுக்கு மேலே இருதயத் தொனி கேட்கிறது. சிசுவின் முதுகு காணப்படும் வயிற்றின் பக்கத்தின் இடது நிலையின் போது இடது பக்கத்திலும், வலது நிலையின் போது வலது பக்கத்திலும் நன்கு கேட்கிறது. (படம் 83)

குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது, சிசுத் தலையின் அருகே, தாயின் தொப்



படம் 83.

சிசுவின் இருதயத் தொனி நன்கு கேட்கும் இடங்கள் 1) இடது பின்தலை முன்புறத் தோற்றம்

1) இடது பின்தலை முன்புறத் தோற்றம்
2) இடது பின்தலை பின்புறத் தோற்றம்
3) வலது பின்தலை முன்புறத் தோற்றம்
4) வலது பின்தலை பின் புறத் தோற்றம்
5) இடது திரிக முன்புறத் தோற்றம்
6) இடது திரிக பின்புறத் தோற்றம்
7) வலது திரிக முன்புறத்தோற்றம்
8) வலது திரிக பின்புறத் தோற்றம்

பூழ், மட்டத்தில், சிசுவின் இருதயத் தொனி நன்கு கேட்கிறது.

முன்புற உச்சித்தலை, பிட்டங்கள் தோற்றத்தின் போது தாயின் வயிற்றின் நடுக்கோட்டில் இருதயத் தொனி கேட்கிறது. பின்புறத் தோற்றங்களின் போது, வயிற்றின் பக்கத்தில், நடுக்கோட்டுக்கு அப்பால், தொனி கேட்கிறது. நிலை பெற்ற போதும், சிசுத் தலை வெளிவந்தபின்பும், வயிற்றின் நடுக்கோட்டில் பூப்பிணைப்புக்கு

அருகே, இருதயத் தொனி கேட்கிறது.

நிமிடத்திற்கு 130—140 லயமான இரு துடிப்புகளாக, சிசுவின் இருதயத் தொனி கேட்கிறது.

பிரசவத்தின் போது, கருப்பை சுருக்கங்களினால் கருப்பை இரத்த நாளங்கள் தற்காலீகமாக அமுக்கப்படுவதால், சிசுவின் இருதயத் தொனிகள் மங்கலாகக் கேட்கின்றன. கருக்கங்களுக்கிடையே, சிசு இருதயத் துடிப்பு சகஜ நிலையடைகிறது. இருதயத் துடிப்பு 110—100ஆகக் குறைந்தாலும், நிமிடத்திற்கு 150 துடிப்புகளுக்கு மேல் அதிகரித்தாலும், சிசுவிற்கு மூச்சுத் திணறல் ஏற்படலாம் என்பதைச் சுட்டிக் காட்டுகிறது.

கூபகப் பரிசோதனை. கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்தின் போதும், கூபகத்தை முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் இறுதியிலும், பிரசவத்தின் போதும் யோனிப் பரிசோதனை. யோனிப் பரிசோதனையின் போது, பிறப்புப் பாதையினுள் நோயூக்கும் கிருமிகள் உட்செல்லும் அபாயம் உள்ளது. இந்த நுண்கிருமிகள், பிரசவ பின்னான வியாதிகளைத் தோற்றுவிக்க முடியும்.

1) யோனிப் பரிசோதனையின் போது, கர்ப்பப் பெண்ணுக்கு கிருமி பாதிப்பைத் தவிர்க்க, தேவையான எல்லா தொற்றற்ற, தொற்று எதிர் முறைகளைக் கையாள வேண்டும். பேறுகால நிபுணர் தனது கைகளைத் தொற்று நீக்குவதுடன், கர்ப்பப் பெண்ணின் புறப்பிறப்புறுப்புக்களையும் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். (7வது பிரிவு பார்க்கவும்)

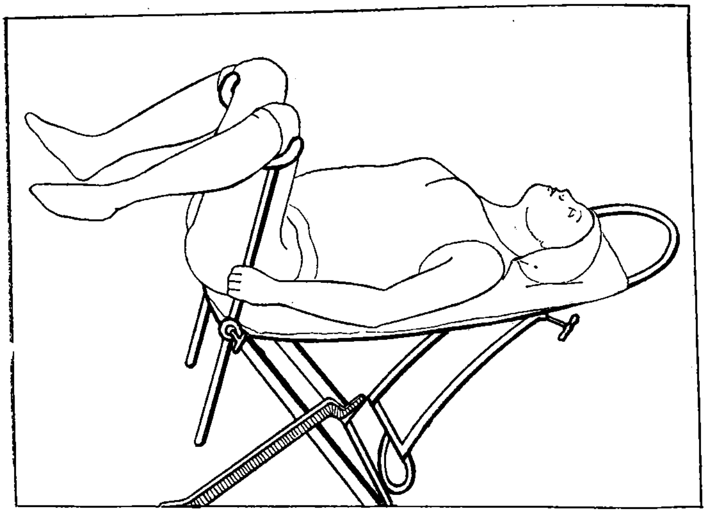
2) கர்ப்ப நிலையில் டாக்டரை முதல் தடவையாகப் பார்க்கும் போதும், பிறப்புப் பாதையின் (யோனி) கழுத்து, கூபக எலும்புகளின் உட்பரப்புகள்) நிலையைத் துல்லியமாகத் தெரியவும், மூலைவிட்ட இணைப்பளவை அளவிடவும், கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியின் போது யோனிப் பரிசோதனை செய்யப்படுகிறது.

யோனி வளைவுகளின் வழியாக, தொட்டுப் பார்த்தால், கர்ப்பத்தின் இறுதி வாரங்களில், தோன்றும் பகுதியை தெரிந்து கொள்ளலாம். வயிற்றை வெளிப்புறமாகத் தொட்டுப் பார்த்து, சிசுவின் நிலையையும், தோற்றத்தையும் நிர்ணயிக்க முடியாவிடில், யோனிப் பரிசோதனையைக் கையாளலாம்.

3) பெண்ணை மகப்பேறு மருத்துவமனையில் சேர்த்த பின்னரும், அம்னியாடிக் திரவம் வெளிவந்த பின்னரும், யோனிப் பரிசோதனை செய்யலாம் என சோவியத் யூனியனின் மக்கள் நல்வாழ்வுத்தறை அமைச்சு பரிந்துரைக்கிறது. மிகவும் அவசர அவசிய நிலைகளிலும் யோனிப் பரிசோதனை செய்யப்படலாம். சிக்கலான பிரசவத்தின் நிலையை உரிய காலத்தில் நிர்ணயம் செய்யவும், பிரசவத்தின் பின் தேவையான மருத்துவ உதவி அளிக்கவும், மேற்கூறியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

யோனிப் பரிசோதனையில் கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்:—

கர்ப்பப்பெண் மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறாள். கால்கள் தொடைகள் மீது மடக்கப்பட்டு, தொடைகள் வயிற்றின் மீது மடக்கப்பட்டு, விரித்த நிலையில் உள்ளன (படம் 84). பரிசோதகரின் கைகளும், கர்ப்பப்பெண்ணின் புறப்பிறப்புறுப்புக்களும் தொற்று நீக்கப்படுகின்றன. இடது கையின் கட்டைவிரலாலும், ஆள்காட்டிவிரலாலும், பேரிதழையும், சிற்றிதழையும் பிரித்து, பிறப்புறுப்புப்பிளவு மற்றும் முகப்பு,



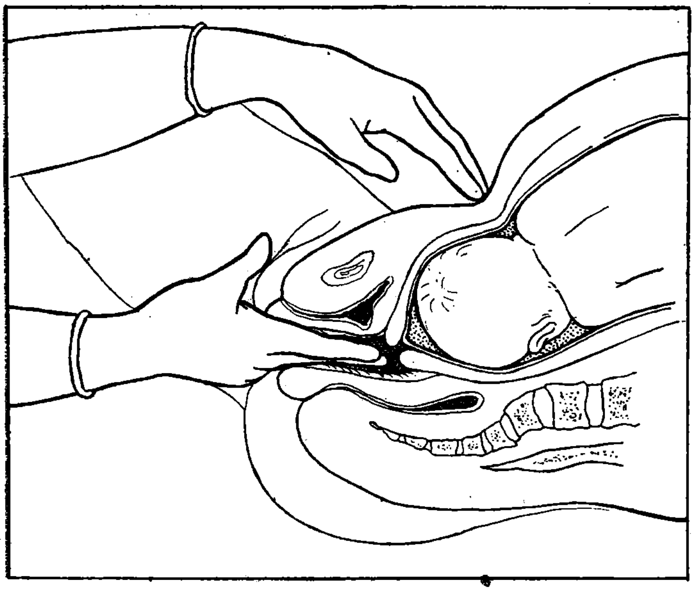
படம் 84. யோனிப் பரிசோதனையின் போது கர்ப்பப் பெண்ணின் நிலை

கந்து, துளை, விடபம் ஆகியவை பரிசோதிக்கப்படுகின்றன. பின்னர் வலது கையின் ஆள்காட்டி விரலும் நடுவிரலும், மெதுவாக யோனிக்குள் செலுத்தப்படுகிறது. (கட்டை விரல் உயர்த்தப்பட்டும், 4வது 5வது விரல்கள் மடக்கப்பட்டு உள்ளங்கையை நோக்கியும் இருக்கின்றன.)

பரிசோதிக்கும் முறைவருமாறு:—

1) யோனியின் உட்துவாரமும், அதன் விரியும் தன்மையும் கணக்கிடப்படுகிறது. தளும்புகள், கட்டிகள், பிளவுகள், போன்ற நோய் நிலைகள், யோனியில் காணப்படுகிறதா எனப்பார்க்க வேண்டும்.

2) கருப்பைக் கழுத்து பரிசோதிக்கப்



படம் 85. கர்ப்பப் பெண்ணின் யோனிப் பரிசோதனை

பட்டு அதன் வடிவம், அளவு, கெட்டிமை ஆகியவை நிர்ணயிக்கப்படுகின்றன. கழுத்தின் முதிர்ச்சி நிலையும் கணிக்கப்படுகிறது.

3) கழுத்துட்கால்வாயின் புறத்துவாரத்தின் நிலை (முட்டை வடிவ, கீற்று வடிவ, திறந்த, மூடிய) தீர்மானிக்கப்படுகிறது. புறத்துவார விளிம்புகளின் நிலை (மெல்லிய, இறுக்கமான, பருமனான)யும், திறப்பின் அளவும் அளவிடப்படுகிறது. பரிசோதகர், தனது விரல்களின் நுனியை புறத்துவாரத்தினுள் நுழைக்க முயற்சிக்கிறார். புறத்துவாரத் திறப்பின் அளவு, உட்செல்லும் விரல்களின் எண்ணிக்கையைப் (1,2,3,4 விரல்கள் அல்லது முழுமையான திறப்பு) பொறுத்து உள்ளது.

4) படலங்களின் நிலையும் (கிழிந்துபடாது, கிழிந்துபட்டு, விறைப்பின் தரம்) பரிசோதிக்கப்படுகிறது.

5) தோன்றும் பகுதி (தலை, பிட்டம், கால்கள்) நிர்ணயிக்கப்படுகிறது; தோன்றும் பகுதியின் கீழிறக்கம் அளவிடப்படுகிறது. (கூபக நுழைவாயில் மட்டத்திற்கு மேல், சிறிய அல்லது பெரிய பகுதியில் நிலைபெறல்; கூபகக் குழியின் உள்; கூபக வெளிவாயிலில்). தோன்றும் பகுதியின் அடையாளங்கள் (தையல்கள், தலையின் மென்தோல் சவ்வுகள், சிசுவின் கீழ்ப்பகுதியில் திரிகம், குதம், பிறப்புறுப்புக்கள்). நிர்ணயிக்கப்படுகின்றன. கிடைத்த விபரங்களைக் கொண்டு பிரசவத்தின் இயக்க முறை முன்னதாகவே நிர்ணயம் செய்யப்படுகிறது.

6) யோனி, மற்றும் கழுத்து, புறத்துவாரம், படலங்கள், தோன்றும் பகுதி ஆகியவற்றின் நிலைகள் கற்றிய தகவல்கள் கிடைத்த பின்னர், கூபக எலும்புகளின் உட்பரப்புகள் மற்றும் திரிகம், பூப்பிணைப்பு ஆகியவற்றைத் தொட்டுப் பார்த்து, எலும்பு விகாரங்கள் (எலும்பு புடைப்புகள், திரிகத்தின் தட்டையான நிலை, இறுக்கமான திரிக—வால் எலும்பு மூட்டு) ஏதாவது உள்ளனவா எனத்தெரிந்து கூபகத்தின் கொள்ளளவையும் நிர்ணயிக்க வேண்டும்.

7) இறுதியாக, மூலைவிட்ட இணைப்பளவும் அளவிடப்பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது, சிசுத்தலையின் முன்னேற்றத்தை, பிஸ்காசெக் முறை மூலம், தெரிந்து கொள்ளலாம். ஆட்காட்டி விரலும் நடுவிரலும், தொற்றற்ற சல்லடைத் துணியால் சுற்றப்படுகிறது. விரல்துனிகள், வலது பேரிதழின் விளிம்பில் வைக்கப்பட்டு, யோனிக் கால்வாய்க்கு இணையாக, தோன்றும் தலையைச் சந்திக்கும் வரை, உள்ளே செலுத்தப்பகிறது. தலை, கூபகக் குழிவினுள்ளோ கூபக வெளி வாயிலிலோ இருந்தால், விரல்களால் அவற்றைத் தொட முடியும். கூபக நுழைவாயிலில் இருந்தால் பிஸ்காசெக்கின் முறை, பலனளிக்காது.

இந்தச் சோதனையைச் செய்யும் போது, விரல்கள் யோனித் துவாரத்தினுள் சென்று விடாதபடி பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

எக்ஸ்கதிர் பரிசோதனை: சிசுவின் நிலையையும், அதன் தோற்றத்தையும் எக்ஸ்கதிர் படங்கள் காட்டுகின்றன (வண்ணப்படம் 4). ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கரு, கூபக அமைப்பு, அதன் விட்டங்கள் ஆகியவையும் தெரிகின்றன. மற்ற பரிசோதனை முறைகளால், (தொட்டுப் பார்த்தல், ஒலிச்சோதனை, யோனிப் பரிசோதனை முதலியன) பரிசோதகருக்குத் தேவையான தகவல்கள் கிடைக்காவிடில், எக்ஸ்கதிர் பரிசோதனை கையாளப்பட வேண்டும்.

சிறப்புப் பரிசோதனைகள்: உடல் இயங்கு இயல் மின் பரிசோதனைகள் (எலக்ட்

ரோபோனாகார்டியோகிராபி, புற ஒலி, அம்னியோஸ்கோபி, அம்னியோ சென்டசிஸ் முதலியன) அவசியமான போது (வரப்போகும் மூச்சுத் திணறல்) செய்யப்படுகின்றன. சிசுவின் இருதயப் பணி, அதன் நிலை, தோற்றம் ஆகிய வற்றைப்பரிசோதிக்க இம்முறைகள் கையாளப்படுகின்றன.

அம்னியஸ் கோபி. பலடங்கள் மற்றும் திரவத்தின் நிலையைப் பரிசோதிக்க (படலங்களின் வழியாக அவற்றைப் பார்க்க முடியும்) இம்முறை கையாளப்படுகிறது. அம்னியாடிக் திரவத்தின் நிறம், தெளிவு, ஆகியவை கொண்டு (பச்சை, மஞ்சள், கலங்கல்), வரப்போகும் மூச்சுத்திணறல், சிசுவின் குருதிப் பெருக்கு நோய் போன்ற சிக்கல்களை கண்டுபிடிக்கலாம்.

அம்னியோ செண்டசிஸ் முறையில், படலங்களைத் துளைத்து அம்னியாடிக் திரவத்தை வெளியேற்றி பரிசோதிக்கலாம் (பயங்கரமான குருதிப் பெருக்கு நோயும் அதன் சிக்கல்களும் இருப்பதாக சந்தேகம் ஏறப்பட்டால்).

புற ஒலி (அல்ட்ராசவுண்டு). சிசுவின் இருதயத் தொனிகள், சிசுத்தலையின் அளவு, தாயின் கூபக விட்டங்கள், நச்சுக்கொடி பொதிந்துள்ள இடம், மிகையான அம்னியாடிக் திரவம், ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் முதலியவற்றை, இந்த முறை கொண்டு நிர்ணயிக்கலாம்.

கருவின் வயதை நிர்ணயிப்பது, பது, பிரசவ நேர முன்கணிப்பு

கருவின் வயதையும், பிரசவம் நிகழப்போகும் நேரத்தையும் நிர்ணயிப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். ஏனெனில் சோவியத் நாட்டில் கர்ப்பப் பெண்களுக்கு பலப்பல சலுகைகள் உள்ளன. 1956லிருந்து கர்ப்பப் பெண்களுக்கு 112 நாட்கள் கர்ப்ப கால விடுமுறை (குழந்தை பிறப்புக்கு முந்தி 56 நாட்களும், பிறந்த பின்னர் 56 நாட்களும்) அளிக்கப்படுகின்றன. பிரசவத்தின் போது சிக்கல்கள் நேர்ந்தால், பிரசவத்தின் பின்னான விடுமுறை 70 நாட்களாக்கப்படுகிறது. சோவியத் யூனியனின் மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறையின் விதிகளின் படி (1954), பிரசவம் சிக்கலானது எனக் கீழ்க்கண்டவை கொண்டு நிர்ணயிக்கப் படுகிறது:—

அ) ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட பிரசவங்கள் ஆ) சிறுநீரக நோய், முன் நச்சு நிலை, நச்சு நிலை ஆகியவற்றோடு நிகழ்ந்த பிரசவம் இ) கீழ்க்கண்ட பேறு கால அறுவைகளுடன் கூடிய பிரசவம்.

பிரசவத்தின் போதான சிசேரியன் அறுவை, சாமண உதவியுடன் பிரசவம்; சிசுவின் கால்களைச் சுழற்றி செய்யப் படும் பிரசவம், அதன் கூபகத்தைக் கொண்டு சிசுவை வெளியேற்றல், சிசுவைத் துண்டு போடுதல், நஞ்சை கை கொண்டு அகற்றுதல். ஈ) பெருமளவில் குருதிப் பெருக்குடன் கூடிய பிரசவம். இதனால் இரண்டாந்தர சோகை உண்டாகி, ஹீமோகுளோபின் 11 கிராம் ஆகுதல் உ) கருப்பையின் கிழிசல், கருப்பைக் கழுத்தின் சிதைவு, மூன்றாவது வகை விடபக் கிழிசல், பூப்பிணைப்புக் குச் சேதம், பிரசவத்தின் பின்னான நோய்கள், எட்டு நாட்களுக்கு மேற்பட்ட இடைவிடாத காய்ச்சல் (எண்டோமெட்ரிய அழற்சி, கூபகப் பெரிடோனிய அழற்சி, இணைப்புத்திசு அழற்சி, சிரைகளின் அழற்சி, போதுப் படையான நச்சுநோய்கள். இன்னப் பிற. ஊ) இருதய ரத்த நாள வியாதிகளுடன் கூடிய பெண்ணின் பிரசவம் (இருதய வால்வுகளின் பாதிப்புடன் உறை அழற்சி, இதயத் தசைகளின்

பாதிப்பு, நிரந்தரமான இரத்தமிகு அழுத்தம்). தீவிரமான காசநோய், சிறு நீரக நோய்கள், கண் துறுத்தல் கைராய்டு நோய், நீரிழிவு நோய், கர்ப்பத்தின் போதோ, பிரசவத்தின் போதோ மோச மடைந்த மலேரியா, கல்லீரல் பணி பாதிக்கப்பட்டு, பருப்பொருள் பாதிப்பு எ) குறை மாதப் பிரசவம் (முதிராச் சிசு பிறப்பு).

கர்ப்பம் துவங்கியவுடன், பெண்கள் இரவுப் பணியில் அமர்த்தப்பட மாட்டார்கள். கர்ப்பப்பெண்ணுக்கு, முந்தியதை விட, எளிய வேலை கொடுக்கப் பட்டால், அவளது முந்தைய மாதச் சம்பளம் (முந்தைய அறுமாதச் சம்பள சராசரி) பாதிக்கப்படாது.

கர்ப்பம் சகஜமாக நிகழவும், பெண்ணின் உடல் நலத்தைப் பேணவும், சிசுவின் கருப்பை உள் வளர்ச்சியைப் பாது காக்கவும், மேற்கூறிய சலுகைகள் அளிக்கப்படுகின்றன. கருவின் வயது சரியாக நிர்ணயிக்கப்பட்டால் தான், மேற்கூறிய சலுகைகள் சாத்தியமாகின்றன.

மனித கர்ப்பம் சகஜமாக 280 நாட்கள் நீடிக்கின்றன. அதாவது 40 வாரங்கள் அல்லது பத்து மாதங்கள் (கடைசி மாத விடாயின் முதல் நாளிலிருந்து கணக்கு எடுக்க வேண்டும்).

230—240 நாட்களுக்குள்ளேயே, முதிர்ந்த சிசுவை ஈன்றெடுத்த கேசுகள் உள்ளன. 280 நாட்களுக்கு மேலாக நீடித்த கர்ப்பங்களும் உள்ளன. (நிறை மாதத்திற்குப் பின் நீடித்த கர்ப்பம், காலதாமதமான பிரசவம்)

310—320 நாட்கள் நீடித்த கர்ப்பங்களும் வரலாற்றில் காணப்படுகின்றன. சராசரியான கர்ப்ப காலத்திற்கு ஒவ்வாத வேறுபாடுகளால், கருவின் சரியான வயதைக் கணக்கிட முடியாமல், பிரசவத்தின் உத்தேசமான காலமும் நிர்ணயிக்கப்பட முடியவில்லை. முட்டை பொலிவடைந்த தேதியை நிர்ணயிக்க முடியாததால், பிரசவத்தின் சரியான தேதியையும் நிர்ணயிப்பது சிரமமாகும்.

கருவின் வயதை துல்லியமாக நிர்ணயிக்க 1) கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில் பெண்ணைப் பரிசோதிப்பதுடன், ஒன்றிரண்டு மாதங்களுக்கு ஒரு முறையும் பரிசோதிக்க வேண்டும் 2) கடந்த கால வரலாறும், கர்ப்பப்பெண்ணின் புறவயப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகளும் தேவைப்படுகின்றன.

கடைசி மாதவிடாயின் சரியான தேதியும், சிசுவின் முதல் துடிப்பு, அசைவுகளின் தேதியும் தான் கருவின் சரியான வயதையும், பிரசவத்தின் தேதியையும் நிர்ணயிக்கத் தேவையான கடந்த கால வரலாறு ஆகும்.

கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாளிலிருந்து, டாக்டரைச் சந்தித்த நாள் வரையிலான காலத்தை கருவின் வயதாகக் கொள்ளலாம்.

பிரசவத்தின் சரியான தேதியை நிர்ணயிக்க, கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாளுடன் 280 நாட்களைச் சேர்க்க வேண்டும். (10 மாதங்கள் அல்லது 9 மாதங்களுடன் 7 நாட்கள்) பிரசவத்தின் தேதியை நிர்ணயிக்க மற்றுமொரு எளிய முறை உண்டு:—கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாளிலிருந்து 3 மாதங்களைக் கழித்து, 7 நாட்களைக் கூட்ட வேண்டும். எடுத்துக்காட்டாக, கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாள் அக்டோபர் மாதம் 2வது நாள். இதிலிருந்து 3 மாதங்களைக் கழித்தால் ஜுலை 2வது நாள் வருகிறது. இத்துடன் ஏழு நாட்களைக் கூட்டினால் ஜுலை மாத 9வது நாள் வருகிறது. இது தான், உத்தேசமான பிரசவ தேதி. கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாளமே 20வது நாளாக

இருந்தால், உத்தேச பிரசவ தேதி பிப்ரவரி 27வது நாளாகும்.

முதல் தடவையாக கர்ப்பமடைந்த பெண், சிசுவின் துடிப்பான அசைவை 20வது வாரத்தில்கர்ப்ப முதிர்ச்சியின் நடுப்பகுதியில்—உணருகிறாள். இது, முதல் கர்ப்பமாக இல்லாவிடில் சிசுவின் துடிப்பு 2 வாரங்களுக்கு முன்னதாகவே உணரப்படுகிறது. முதல் கர்ப்பப் பெண்ணுக்கு 5மாதங்கள் கூட்டியால் (2வது கர்ப்ப பெண்ணுக்கு $5^1/_2$ மாதங்கள்) பிரசவத்தின் உத்தேச தேதி கிடைக்கிறது.

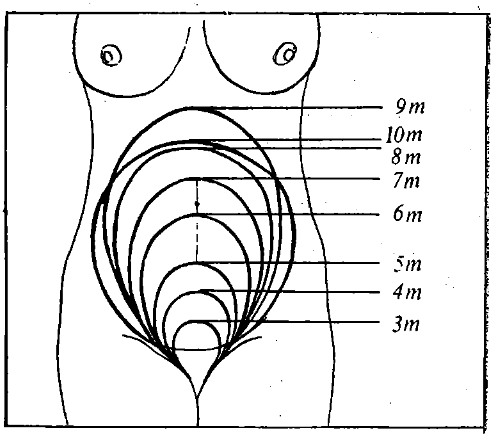
கர்ப்பத்தின் முதல் மாதங்களில், கருவின் வயதை, கருப்பையின் அளவு கொண்டு, நிர்ணயிக்கலாம். மூன்று மாதங்களுக்குப் பிறகு, கருப்பையின் அடித்தள மட்டம் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. அதன் பின்னர் வயிற்றின் சுற்றளவு அளவிடப்படுகிறது. கருப்பை உள் சிசுவின் அளவு நிர்ணயிக்கப்படுகிறது.

கருப்பையின் அளவும் அதன் மேற்பகுதியின் மட்டமும் கருவின் பல்வேறு வயதில் மாறுபடுகிறது. முதல் மாத இறுதியில் (4 வாரங்களுக்குப் பிறகு) கருப்பையின் அளவு கோழி முட்டை அளவாக இருக்கிறது. இந்தக் கால கட்டத்தில் கர்ப்பத்தை நிர்ணயிப்பது இயலாத ஒன்றாகும்.

இரண்டாவது மாத இறுதியில் (8 வாரங்களுக்குப் பிறகு) கருப்பையின் அளவு வாத்து முட்டை அளவாக இருக்கிறது.

மூன்றாவது மாத இறுதியில், கருப்பையின் அளவு, முதிர்ச்சியடைந்த சிசுவின் தலையைப் போன்றுள்ளது.

நான்காவது மாதத்திலிருந்து, கருப்பையை, வயிற்றுச் சுவர் வழியாகவே தொட்டுப் பார்க்க முடிகிறது. இதன் மூலம் கருவின் வயதையும் நிர்ணயிக்கலாம். (படம் 86) சிசுவின் அளவு மற்



படம் 86. கர்ப்பத்தின்போது கருப்பையின் உயர அளவுகள்

றும் அம்னியாடிக் திரவ அளவு, ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம், தவறான தோற்றம் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து கருப்பையின் அளவு உள்ளது என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். கருப்பையின் உயரத்துடன், மற்ற அறிகுறிகளையும் சேர்த்தால் தான் (கடைசி மாதவிடாய், சிசுவின் முதல் துடிப்பு) பயனுள்ள தகவல் கிடைக்கும்.

4மாத இறுதியில் (16 வாரங்கள்) கருப்பையின் உச்சி, பூப்புக்கும் தொப்பூழுக்கும் மத்தியில் உள்ளது. (பூப்பிலிருந்து 4விரல் அகலம்)

5 வது மாத இறுதியில் (20 வாரங்கள்), கருப்பையின் உச்சி, தொப்பூழுக்குக் கீழே, இரண்டு விரல் அகலதூரத்தில் உள்ளது. வயிற்றுச் சுவர் முனைப்பாக உள்ளது.

6வது மாத இறுதியில் (24 வாரங்களில்), கருப்பை, தொப்பூழ் மட்டத்தில் உள்ளது.

7வது மாத இறுதியில் (28 வாரங்களில்), கருப்பை உச்சி, தொப்பூழுக்கு

மேலே 2—3விரல் அகல தூரத்தில் உள்ளது.

8வது மாத இறுதியில் (32 வாரங்கள்) கருப்பை உச்சி, தொப்பூழுக்கும், விலா எலும்புகளுக்கும் மத்தியில் காணப்படுகிறது. தொப்பூழின் பள்ளம், மட்டமடைகிறது. வயிற்றின் சுற்றளவு (தொப்பூழ் மட்டத்தில்) 80—85 செ.மீ. ஆக உள்ளது.

9வது மாத இறுதியில் (36 வாரங்களில்), கருப்பை உச்சி விலா எலும்பு மட்டத்திற்கு உயருகிறது. இது தான், கருப்பையின், மிக உயர்ந்த மட்டமாகும். சராசரி சுற்றளவு 90 செ.மீ ஆகும் தொப்பூழ் முழுமையாக சமபரப்படைகிறது.

10 வது மாத இறுதியில் (40 வாரங்களில்), 8வது மாதத்தின் போது இருந்த —தொப்பூழுக்கும் விலா எலும்புக்கும் மத்தியில்-உயரத்தை அடைகிறது. தொப்பூழ் துருத்துகிறது. வயிற்றின் சுற்றளவு 95—98 செ.மீ ஆகும். தலை கீழே இறங்குகிறது. முதற்சூலியில், தலை, கூபக நுழைவாயிலைச் சார்ந்து இருக்கிறது; அல்லது கீழ்ப்பகுதியுடன் சேர்ந்து, கூபக நுழைவாயிலினுட்செல்கிறது.

8வது மாததிலும் 10வது மாதத்திலும் கருப்பையின் உயரம் ஒரே மாதிரியாக இருப்பதால், கருவின் வயதை வயிற்றின் சுற்றளவு கொண்டு, நிர்ணயிக்க வேண்டும் (8வது மாதத்தில் 80—85செ. மீ 10வது மாதத்தில் 95—98 செ.மீ). சிசுவின் தலையின் நிலை கொண்டும், (8வது மாதத்தில் கூபக நுழைவாயிலுக்கு மேல், தலையை குலுக்கப்பட முடிகிறது. 10 வது மாதத்தில் முதற்சூலியில் கூபக நுழைவாயிலில் தலை நிலை பெற்று விடுகிறது) தொப்பூழின் நிலை கொண்டும், (8வது மாதத்தில் சமதளமாக இருக்கும் தொப்பூழ், 10வது மாதத்தில் முன்னால் குருத்திக் கொண்டு இருக்கிறது) வயதை நிர்ணயிக்க முடியும். 10 வது மாதத்தில், கர்ப்பப் பெண்ணின் கருப்பை முன்னால் சாய்வதால், பெண்ணுக்கு மூச்சு விடுதல் எளிதாக இருக்கிறது.

பூப்பெலும்புக்கும், கருப்பையின் உச்சிக்கும் இடையே உள்ள தூரத்தை அளவிடுவதாலும், வயிற்றின் சுற்றளவை அளவிடுவதாலும் கருவின் வயதைக் கணிக்க முடியும்.

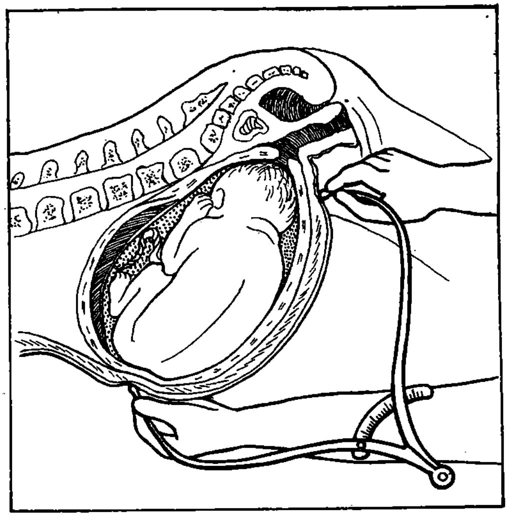
சிறுநீர் கழித்த பின், தனது கால்களை நீட்டிக் கொண்டு, கர்ப்பப்பெண் மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறாள். அப்போது, பூப்பெலும்புக்கும், கருப்பை உச்சிக்கும் இடையேயான தூரத்தை எளிதில் அளவிடலாம். ஒரு அளவை நாடா கொண்டு, கீழ்க்கண்ட விபரங்களைப் பெறலாம்:

கருவின் வயது மாதங்களில்	பூப்பெலும்புக்கும் கருப்பை உச்சிக்கும் இடையேயான தூரம்	கருவின் வயது மாதங்களில்	பூப்பெலும்புக்கும், கருப்பை உச்சிக்கும் இடையேயான தூரம் செ. மீ
4	6—7	8	28—30
5	12—13	9	32—34
7	20—24	10	28—32
6	24—28		

மேற்க்கண்ட அட்டவணைப்படி, பூப்பெலும்புக்கும் கருப்பை உச்சிக்கும் இடையேயான தூரம் பெண்களில் 2—4 செ.மீ வரை வேறுபடுகிறது. இந்த அள வினால் கிடைக்கும் தகவல் அத்துணை உபயோகமானதல்ல.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில், நாடாகொண்டு, கர்ப்பப் பெண்ணின் வயிற்றை அளக்க வேண்டும். முன்புற மாக தொப்பூழ் மட்டத்திலும், பின்பு றமாக கீழ் முதுகெலும்பின் நடுப்புள் ளியிலும் அளவிட வேண்டும்.

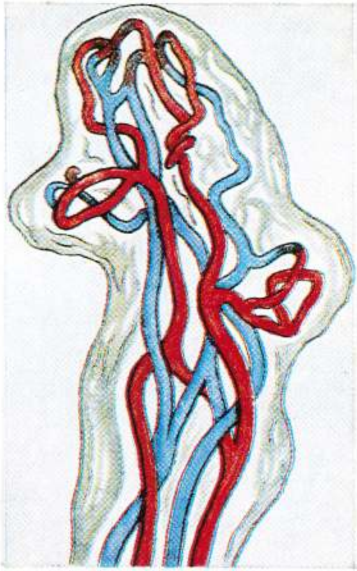
கருப்பை உள்சிசுவின் நீளத்தை அளவி டுதல் கருதின் வயதை நிர்ணயிக்க, கூடுதலான தகவலைத் தருகிறது. மிக வும் துல்லியமாக சிசுவை அளப்பது சிர மமாதலால், எடுக்கப்படும் அளவுகள் தற்காலீகமானவையே.



படம் 87. கருப்பை உள் சிசுவை அளவி டுதல்

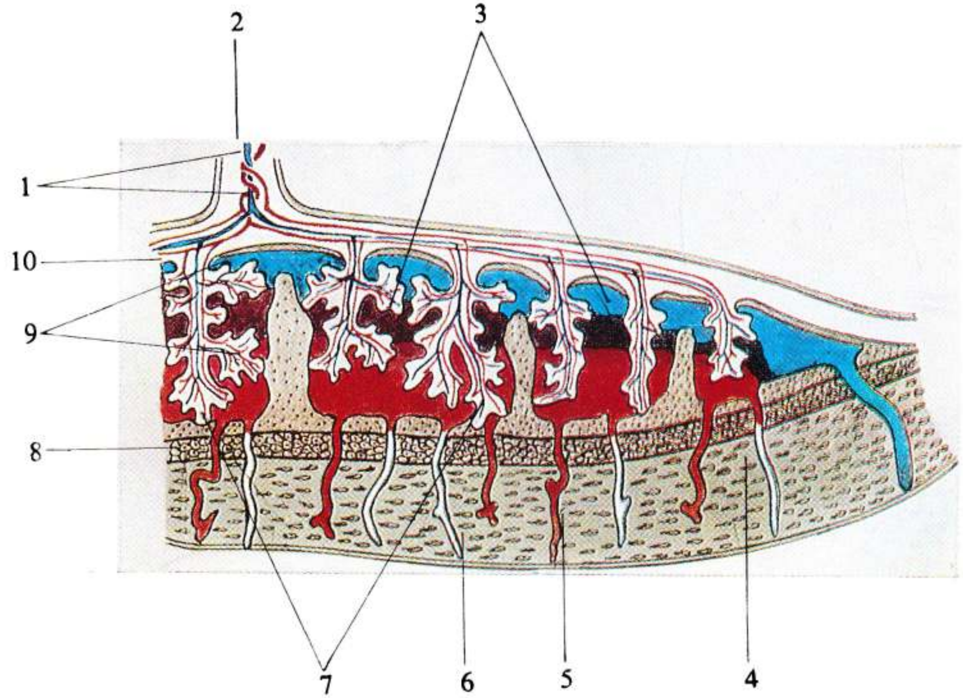
ஒரு சாதரண கூபகமானி, உபயோ கிக்கப்படுகிறது. கர்ப்பப்பெண் மல் லார்ந்து படுத்திருக்கிறாள். (அளவை கள் எடுக்கும் முன்னர், அவள் சிறுநீர் கழித்து] விட வேண்டும்) தொட்டுப் பார்த்தல் முறை மூலம் சிசுவின் பாகங் களைத் தெரிந்து கொண்ட பின்னர், கூபகமானியின் ஒருகை, சிசுத்தலையின் கீழ்ப்பகுதியில் வைக்கப்படுகிறது. மற் றொரு கை, பிட்டங்கள் காணப்படும் கருப்பையின் உச்சிப்பகுதியில் வைக்கப் படுகிறது. (படம் 87) சிசுத்தலையின் கீழ்ப்பகுதியிலிருந்து கூபக இறுதி வரை யிலான தூரம், சிசுவின் அரை நீளத்திற் குச் சமம் (உச்சி முதல் உள்ளங்கால் வரை) என வி.வி. சுடுகின் கூறுகிறார். ஆகவே எடுக்கப்பட்ட அளவைகளை இரண்டு மடங்காக்கி, 2—3 செ.மீ.ஐக் கழித்து விட வேண்டும். (வயிற்றுச் சுவ ரின் பருமனுக்காக) கிடைத்த எண்ணிக் கையை ஐந்தால் வகுத்தால், கருவின் வயது கிடைக்கிறது. ஏனெனில் கர்ப் பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில், சிசு வின் நீளம் தான், ஐந்தால் பெருக்கப் பட்ட கருவின் வயது மாதங்களுக்குச் சமம். சான்றாக, சிசுத்தலையின் கீழ்ப் பகுதியிலிருந்து கூபக இறுதிக்கான தூரம் 21 செ.மீ. இதை இரட்டிப்பாக்கி னால் 42 செ.மீ. இதில் 2 செ.மீ.ஐக் கழிக்கவும். ஆகவே சிசுவின் நீளம் 40 செ.மீ. ஆகும். கருப்பை உள்வளர்ச் சியின் 8வது மாத இறுதியில் சிசுவின் நீளம் 40 செ.மீ. ஆகும். (40:5=8)

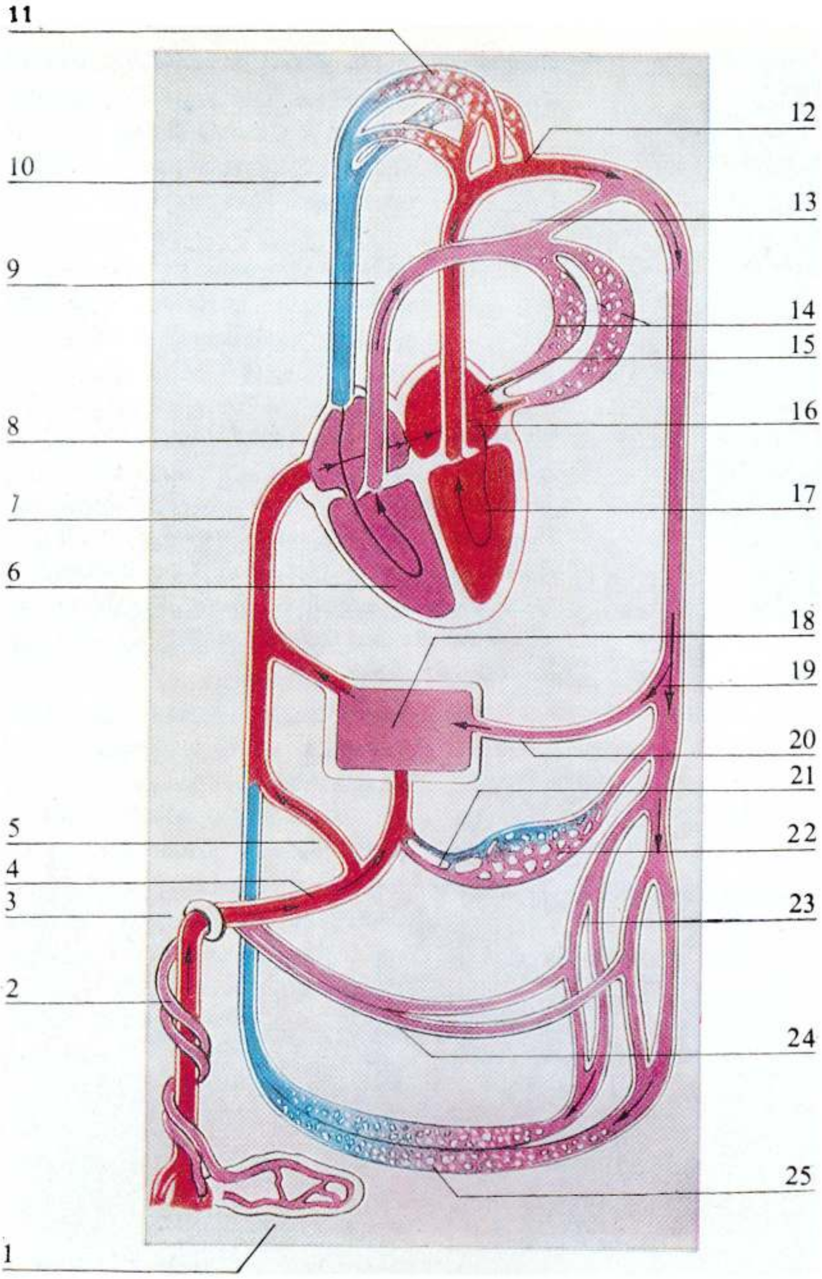
சிசுத்தலையை அளவிடுவதன் மூலம், கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் கருவின் வயதைத் தெரிய தகவல் கிடைக்கிறது. கர்ப்பப்பெண் மல்லார்ந்து கிடக்கிறாள். பரிசோதகர், சிசுவின் தலையைத் தொட்டுப் பார்த்து அதன் பாகங்களைத் தெரிகிறார். கூபகமானி யின் கைகள், தலையின் மிக முனைப் பான பகுதிகளின் மேல்—பின்தலையும் முன்தலையும் — வைக்கப்படுகின்றன. எட்டாவது மாத இறுதியில் (32 வாரங் கள்) தலையின் பின்தலை முன்தலை விட்டம் 9.5 செ.மீ ஆகும். 9வது மாத



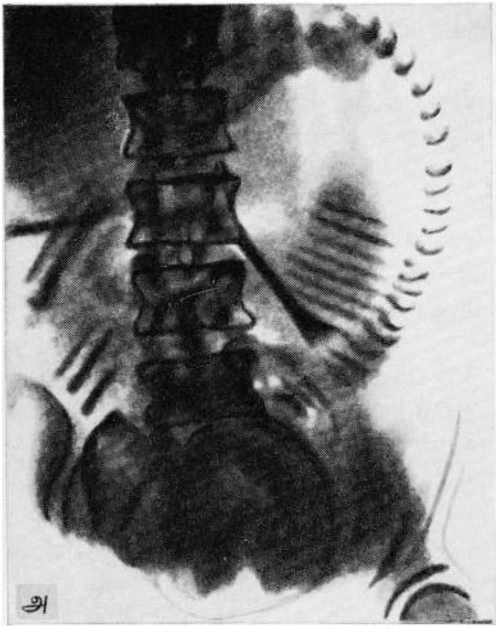
வண்ணப்படம் 1. விரலி நாளங்கள்

வண்ணப்படம் 2. நச்சுக்கொடியில் இரத்த சுழற்சி
1. தொப்பூழ் தமனிகள் 2. தொப்பூழ் சிரைகள் 3. விரலிஇடைவெளியில் சுழற்சியடையும் தாய் இரத்தம் 4. மையோமெட்ரியம் 5. தமனி 6. சிரை 7. நிலை விரலிகள் 8. அடிப்படை உதிர் படலம் 9, 10 விரலிகள்

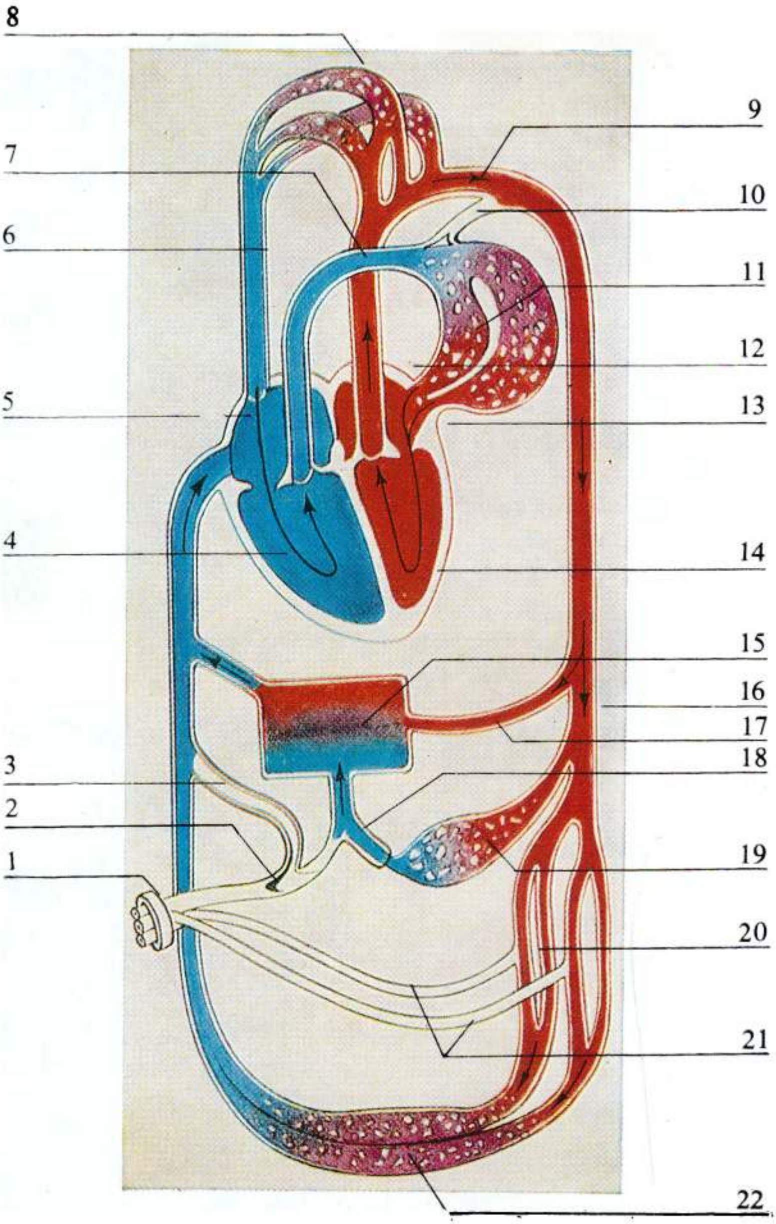



11
12
10
13
9
14
15
16
8
17
7
6
18
19
20
21
5
22
4
3
23
2
24
25
1

வண்ணப்படம் 3. சிசுவில் இரத்த சுழற்சி
1. நஞ்சு 2. தொப்பூழ் தமனிகள் 3. தொப்பூழ் 4. தொப்பூழ் சிரை 5. அரண்டி சிரை நாளம் 6. வலது வெண்டிரிக்கிள் 7. கீழ்பெருஞ் சிரை 8.வலது ஏட்ரியம் 9. நுரையீரல் தமனிகள் 10. மேற்பெருஞ்சிரை 11. தலையும் தோள் பட்டைகளும் 12.மகா தமனி 13. பேர டலி தமனிநாளம் 14. நுரையீரல்கள் 15. நுரையீரல் சிரைகள் 16. இடது ஏட்ரியம் 17. இடது வெண்டிரிக்கிள் 18. கல்லீரல் 17. இலியாக் தமனி இணைப்பு 20. கல்லீரல் தமனிகள் 21. கல்லீரல் சிரை 22. மெசண்டிரிக் தமனி 23. உட்புற இலியாக தமனி 24. தொப்பூழ் தமனிகள் 25. கால்கள்



வண்ணப்படம் 4. சிசுவின் எக்ஸ் கதிர் தோற்றம் அ) உச்சித் தலைத் தோற்றம் ஆ) பிட்டத் தோற்றம்



வண்ணப்படம் 5: இளங்குழந்தையில் (புதுப்பிறப்பில்) இரத்த ஓட்டம்

1. தொப்பூழ் 2. தொப்பூழ் சிரை 3. அரண்டி சிரை நாளம் 4. வலது வெண்டிரிக்கிள் 5. வலது ஏட்ரியம் 6. மேற் பெருஞ்சிரை 7. நுரையீரல் தமனிகள் 8. தலையும் தோள்பட்டைகளும் 9. மகாதமனி 10. பொடாலி நாளம் 11. நுரையீரல்கள் 12. நுரையீரல் சிரைகள் 13. இடது ஏட்ரியம் 14. இடது வெண்டிரிக்கிள் 15. கல்லீரல் 16. இலியாக் தமனி இணைப்பு 17. கல்லீரல் தமனிகள் 18. கல்லீரல் சிரை 19. மெசண்டிரிக் தமனி 20. உட்புற இலியாக் தமனி 21. தொப்பூழ் தமனிகள் 22. கால்கள்.

இறுதியில் (35—36 வாரங்கள்) இந்த விட்டம் 11 செ.மீ. ஆகும்.

பிரசவ முன் விடுமுறையை நிர்ணயித்தல்.—கர்ப்பத்திற்கான பிரசவ முன் விடுமுறையை தீர்மானிக்க, கருவின் வயது நிர்ணயிக்கப்பட வேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும். கடந்த கால வரலாறு, புறவயப்பரிசோதனை முடிவுகள் ஆகியவற்றைக் கொண்டு இது தீர்மானிக்கப்பட வேண்டும். கடைசி மாதவிடாயின் முதல் நாள், சிசுவின் முதல் அசைவு, மகப்பேறு நிபுணரிடம் சென்றபோது கிடைத்த விபரங்கள் அனைத்தையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில் டாக்டரை சந்தித்தால், பிரசவத்தின் உத்தேச தேதியை நிர்ணயிக்க ஏதுவாக இருக்கும்.

சம வயதைக் கொண்ட சிசு இருந்தாலும், பெண்களில் விபரங்கள் மாறுபடுகின்றன. ஏனெனில் அவை, சிசுவின் அளவு, நிலை, தோற்றம், அம்னியாடிக் திரவ அளவு, தோன்றும் பகுதியின் நிலை ஆகியவற்றைப் பொறுத்துள்ளது. 32 வாரத்தில் கருப்பையின் உச்சி தொப்பூழுக்கும் விலா எலும்புக்கும் மத்தியில் இருக்கிறது. பூப்பெலும்பின் விளிம்புக்கும், கருப்பையின் உச்சிப்பகுதிக்கும் இடையேயான தூரம், 28—30 செ.மீ ஆகும். முதற்சூலியில் சிசுத்தலை கூபகத்தில் நிலை பெற்று உள்ளது. பல குழவி ஈன்ற பெண்களில், தலையைக் குலுக்க முடியும். சிசுத்தலையின் பின் தலை—முன்தலை சராசரி விட்டம் 9.5—10 செ.மீ ஆகும். தாய் வயிற்றின் சுற்றளவு 85—90 செ.மீ ஆகும்.

36 வது வாரத்தில் கருப்பையின் உச்சி, விலா எலும்பு வளைவை அடைகிறது; பூப்பெலும்பிலிருந்து கருப்பை உச்சிக்கான தூரம் 31—32 செ.மீ ஆகும். வயிற்றின் சுற்றளவு 90—95 செ.மீ ஆகும். கூபக நுழைவாயிலில் சிசுத்தலை நிலை பெற்றுள்ளது. பல குழவி ஈன்ற பெண்களில் இத்தலையைக் குலுக்க முடியும். பின்தலை—முன்தலை விட்டம் 11—11.5 செ.மீ ஆகும்.

36வது வாரத்தில், தொப்பூழ் குழிவு மறைகிறது. கருவின் வயதை நிர்ணயிக்க, கருப்பை உள்சிசுவின் நீளம் அளவிடப்படுகிறது.

கருப்பை உச்சியின் மட்டம், தலைத் தோற்றத்தைவிட, பிட்டத் தோற்றத்தில் 2—3 செ.மீ. உயரம் அதிகமாக உள்ளது.

கடந்த கால பிரசவங்களின் அறிகுறிகள்

கர்ப்பப் பெண்ணிடமிருந்து கடந்த கால பிரசவ வரலாற்றைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். புறவயப் பரிசோதனை முடிவுகளையும் கணக்கில் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும்.

கடந்த கால பிரசவத்தின் அறிகுறிகளாவன: வயிற்றில் கோடுகள் (தழும்புகள்), கன்னிச் சவ்வின் ஆழமான கிழிசல்கள் (கரன்குலேமிர்டிபார்மிஸ்); முந்தைய விடபக் கிழிசல்களின் வடுக்கள், அகலமான (குழவி ஈணாத பெண்ணுடன் ஒப்பிட்டால்) யோனி, புறத்துவாரத்தின் மாறுபட்ட வடிவங்கள். (குறுக்குக்கீற்று, அரைகுறையாக மூடப்பட்டது; தழும்புகள்).

சிசுவின் நிலையை நிர்ணயித்தல்

கருப்பை உள்சிசு உயிருடன் உள்ளதா, அல்லது ஏதோ ஒரு நோய்க் காரணத்தால் இறந்து விட்டதா என்று நிர்ணயிப்பது, பேறுகால நிபுணருக்கு அடிக்கடி ஏற்படும் ஒரு பிரச்னையா

கும். கர்ப்பத்தின் முதல் பாதியில், திட்டவட்டமான அறிகுறிகள் இல்லாத போது, கருப்பையின் பெரிதான அளவைக் கொண்டு நிர்ணயிக்கலாம். கருப்பையின் அளவும் கருவின் வயதும் ஒத்திருந்தால், கருப்பை தொடர்ந்து பெரிதாகிக் கொண்டிருந்தால், சிசு உயிருடன் இருப்பதாகவும், நன்கு வளர்ச்சியடைவதாகவும், கொள்ளலாம்.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது நிலையில், சிசுவின் நிலையை, அதன் இருதயத் தொனிகள், அசைவுகள் கொண்டு கணிக்கலாம். பரிசோதகரால் இருதயத் தொனிகளைக் கேட்க முடியாத போது. அல்லது தாயால் சிசுவின் அசைவுகளை உணர முடியாத போது, சிசு உயிருடன் இருக்கிறதா என ஐயம் எழுகிறது. மேற்கூறிய அறிகுறிகள் இல்லாவிடில், சிசு இறந்து விட்டதாகக் கொள்ளக் கூடாது. ஏனெனில் சிசு இருதயத் தொனிகளை, கீழ்க்கண்ட காரணங்களால் கேட்க முடியாமல் இருக்கலாம். மிகையான அம்னியாடிக் திரவம், பின்புறத் தோற்றம், சிசுவின் தவறான தோற்றம், கொழுப்பு நிறைந்த வயிற்றுச் சுவர். அது போன்றே, சிசுவின் அசைவுகளை தாயால் உணர முடியாத போதும், சிசு மரணமடைந்து விட்டது எனக் கொள்ளக் கூடாது.

சிசு இருதயத் தொனிகளும், அசைவுகளும் துவக்கத்தில் நன்கு கேட்பதாக இருந்து, பின்னர் கேட்காமல் இருந்தால், சிசு மரணம் பற்றி உறுதியாகக் கூறலாம். இருந்த போதிலும் மீண்டும் மீண்டும் பரிசோதித்து இறுதி முடிவு எடுக்க வேண்டும். சிசு மரணமடைந்த போது, இருதயத் தொனிகளும் அசைவுகளும் மறைந்து விடுவதோடு, கருப்பையின் வளர்ச்சியும் குன்றி விடுகிறது. அம்னியாடிக் திரவம் கிரகிக்கப்பட்டு விடுவதால், கருப்பையின் அளவு குறைந்து விடுகிறது. பெண்ணின் வயிற்றில் ஏதோ ஒரு நலக்குறைவு உண்டாகிறது; வாயில் ஒரு அருவருப்பான ருசி, அசதி, குறைந்த அளவில் காய்ச்சல், மார்பகங்களும் மிருதுவாகின்றன.

சிசு எலும்புகளில், மரணத்திற்கு பின்னான மாற்றங்கள் தெரிகின்றன. (கபால எலும்புகளின் இடப்பெயர்வு, இணைப்புகள் பாதிப்பு, முதுகெலும் பின் அசாதாரண வளைவு ஆகியவை) பெண்ணின் சிறுநீரில், ஈஸ்ட்ரயாலின் (ஈஸ்ட்ரோஜனின் ஒரு பிரிவு) குறைந்த அளவு, எலக்ட்ரோபோனோ கார்டியோகிராபியில் எதிர் மறை முடிவுகள் (சிசு இருதயத்தின் உயிர் மின்னாற்றல் இல்லாமை) ஆகியவை சிசு மரணத்திற்கான மற்ற பல அறிகுறிகளாகும்.

அத்தியாயம் 6

கர்ப்பத்தின் நலவழியும் உணவூட்டமும்

சகஜமான கர்ப்பத்தின் போது பெண்ணில் ஏற்படும் மாற்றங்கள் உடலியங்கியலைச் சார்ந்ததாகும். இதன் மூலம், கருப்பை உள்சிசுவின் வளர்ச்சியுடன் இணைந்த புதிய சூழ்நிலைக்கு, பெண், தன்னைத்தக அமைத்துக் கொள்ள முடியும்.

கர்ப்பம், ஒரு பெண்ணின் மீது சாதமான விளைவுகளை உண்டாக்கி, அவளது பூரிப்பை ஊக்குவிக்கிறது. கருத்தரிப்புக்கு முந்திய காலத்தில் உண்டான பாலின உறுப்புக்களின் அழற்சி நோய்கள் கூட, கர்ப்பமடைந்த பின் சீரடைகின்றன.

கர்ப்பத்தின் போது எல்லா உறுப்புக்களும் சகஜமாக பணிபுரிகின்றன; ஆனால் பளு அதிகமாகி விடுகிறது. இத்துடன் வளரும் கருப்பை உட்சிசுவின் தேவைகளும் அதிகரிக்கின்றன.

இது, ஒரு உடலியங்கியல் நிகழ்வாக இருப்பதால், சுகாதாரமான பெண், கர்ப்பத்தை எளிதில் ஏற்றுக் கொள்ள முடியும். அதேபோது, அவள் சகஜமான வாழ்கை நெறி முறைகளைப் பின்பற்ற வேண்டும். தவறான போஷாக்கு, நலவழித் தேவைகளைப் புறக்கணித்தல், மிகையான வளைச்சல், பாதகமான சூழ்நிலைகள், ஆகியவற்றால் உடலின் சகஜமான பணிகள் பாதிக்கப்பட்டு, கர்ப்பத்தில் சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன.

கர்ப்பத்தின் போது பின்கண்ட நியதிகள் பின்பற்றப்பட வேண்டும். பெண்ணின் நலவழி முறைகள் மூலம் 1) அவளது உடல் நலம் பேணப்பட்டு, பலமடைகிறது 2) கருப்பை உட்சிசுவின் சகஜ வளர்ச்சி ஊக்குவிக்கப்பகிறது; 3) கர்ப்பமும், கர்ப்பத்தின் பின்னான காலமும் சீராக இருக்கிறது 4) பாலூட்டத்திற்கு, பெண் தயாராகிறாள்.

பொதுப்படையான நியதிகள்:—கர்ப்பத்திற்கு முன் முறையானபடி வாழ்ந்த பெண், கர்ப்பத்தின் போதும் முறையாகவே வாழ்வாள். கர்ப்பம் முறையாக இருந்தால், அவள் அன்றாட நடவடிக்கைகளிலிருந்து தவற வேண்டி இராது. ஒரளவான உடற்பயிற்சியும், நல்ல மனப்பாங்கும், கர்ப்பத்தின் மீது சாதகமான விளைவை உண்டாக்குகிறது. வேலை செய்தன் மூலம் நரம்பு மற்றும் இருதய நாளம், இரத்த உற்பத்தி, மூச்சு ஆகிய மண்டலங்களின் பணிகள் ஊக்குவிக்கப்பட்டு, அவளது வளர்சியை மாற்றமும் சீரடைகிறது. சோர்ந்து போய் படுத்திருத்தல் அல்லது உட்கார்ந்திருத்தல், கீழ்க்கண்ட தீய விளைவுகளை உண்டாக்குகின்றன:—மிகையாகக் கொழுத்த உடல், மலச்சிக்கல், தசைகளின் தளர்ச்சி, பிரசவத்தின் போது கருப்பையின் மந்த நிலை.

கனமான பொருட்களைத் தூக்குதல், அதிகமாகக் குதித்தல், மிகையான

உடற்பிரயாசை ஆகியவற்றை கர்ப்பப் பெண் தவிர்க்க வேண்டும். சோவியத் சட்டங்களின்படி, கர்ப்பப்பெண்ணை இரவுப்பணிகளில் அமர்த்தக் கூடாது. கர்ப்பத்தின் 4வது மாதத்திலிருந்தே அதிகமான வேலைகள் தவிர்க்கப்படு கின்றன; கனமான பொருட்களைத் தூக்குதல் அல்லது இடம் பெயர்த்தல்; மிகையான தட்பவெப்ப நிலைக்கோ, வேதியியப்பொருட்களின் வினைக ளுக்கோ உட்படுதல், ஆகியவை, தவிர்க்கப்பட வேண்டும். இல்லையெ னில் கர்ப்பம் பாதிக்கப்பட்டுவிடும்.

காலினால் இயக்கப்படும் தையல் பொறியை இயக்குதல், சைக்கிள் ஓட் டுதல், குதிரைச் சவாரி போன்ற உட லைக் குலுக்கும் பணிகளும், மிகையான பிரயாசையுடன் உள்ள விளையாட்டுக் களும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

ஓய்வான நேரங்களில், கர்ப்பப் பெண் சிறிது நேரம் உலாயச் செல்ல லாம். இது நீண்ட நேரமாகவோ, அசதி உண்டாக்கும் படியாகவோ இருக்கக் கூடாது. நடந்து செல்லுதல் கர்ப்பப் பெண்ணின் மனோ உடல் பணிகளுக்கு இதமளிக்கிறது. திறந்த வெளிகளில் நீண்ட நேரம் தங்கி இருப்பது, கருப் பை உட்சிசுவுக்கு போதிய ஆக்ஸிஜன் வினியோகத்தை ஊக்குவிக்கிறது.

கர்ப்பத்தின் ஒழுங்கான போக்குக்கு போதிய உறக்கம் தேவை. கர்ப்பப் பெண், குறைந்தது தினமும் 8மணி நேரங்களாவது தூங்க வேண்டும். இர வில் நீண்ட நேரம் விழித்திருக்கக் கூடாது. (இரவு 10—11 மணிக்குள் தூங்கி விட வேண்டும்) படுக்கைக்குப் போகும் முன்னர் அறையினுள் நடமாடு வதும், காற்று வாங்குவதும் நல்லது. கர்ப்பப்பெண்ணின் படுக்கை, வசதி யாக இருக்க வேண்டும். மிகவும் மெல் லியதாக இருக்கக் கூடாது. பெண் தனது வலது பக்கமாகவோ அல்லது மல்லார்ந்தோ படுத்திருப்பது நல்லது.

கர்ப்பத்தின் முதல் மூன்று மாதங்க ளுக்கு பால்புணர்ச்சியைத் தவிர்ப்பது நல்லது. குறிப்பாக, வழக்கமாக நிக ழும் கருச்சிதைவின் போதும், முதற் குலி நிலையிலும், பால்புணர்ச்சியைத் தவிர்ப்பது நல்லது. புணர்ச்சியால் ஊக் குவிக்கப்படும் இரத்த வினியோகமும், இருப்பையின் கிளர்த்தலில் ஏற்படும் மாற்றங்களும், கருச்சிதைவை உண் டாக்கலாம். கர்ப்பத்தின் கடைசி இரண்டு மாதங்களிலும் பால்புணர்ச்சி யைத் தவிர்க்க வேண்டும். ஏனெனில் பிறப்புறுப்புக்களில் கிருமி பாதிப்பு ஏற் படலாம்.

மதுப்பானங்களும், புகைப்பிடித்த லும் கட்டாயமாக தவிர்க்கப்பட வேண் டும். ஏனெனில் நிகோடினும் மதுவும் கர்ப்பப்பெண்ணுக்கும், கருப்பை உள் சிசுவுக்கும் நச்சு விளைவை உண்டாக்கு கின்றன.

தாய்க்கும் சேய்க்கும் தீமை பயக்கும் தொற்றும் நோய்களிலிருந்து கர்ப்பப் பெண்ணைக் காப்பாற்ற வேண்டும். சரும சீழ் நோய் கொண்டவர்களிடம் பழகுவதை, குறிப்பாக, கர்ப்ப இறுதி யில் தவிர்க்க வேண்டும்.

சருமப் பாதுகாப்பு: கர்ப்பப்பெண், தனது தோலை நன்கு பராமரிக்க வேண் டும். சருமத்தின் முனைப்பான வியர் வை சுரப்புக்கு சுத்தம் உதவுகிறது. வெளிப்படும் வியர்வை மூலம், தீய கழி வுப் பொருட்கள் அகற்றப்படுகின்றன.

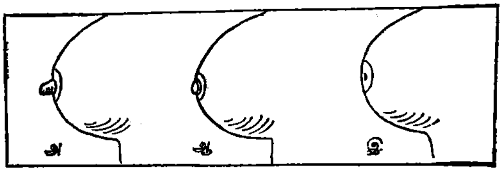
சருமத்தின் கழிவு நீக்கு பணி ஊக்க மடைவதால், கர்ப்பத்தின் போது மிகை யாக இயங்கும் சிறு நீரகங்களின் பணி களும் சீரடைகின்றன. போதிய சரும மூச்சு விடலுக்கும், வியர்வை மூலம் கழிவுப் பொருட்கள் அகற்றப்படுவதற்

கும், சருமத்தின் சுத்தமே முக்கியமாகும்.

துளிக்குளியல்கள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. ஆனால் தண்ணீர் ஓரளவு வெப்பமாக இருத்தல் வேண்டும். கர்ப்பத்தின் இறுதி வாரங்களில் குளியல்களைத் தவிர்ப்பால் நீரின் மூலம் நுண்கிருமிகள் உட்செல்வதைத் தவிர்க்க முடியும். அறையின் வெப்பங்கொண்ட தண்ணீரால், பஞ்சுக்குளியல் எடுத்துக்கொள்வது நல்லது. அதன் பின்னர் உலர்ந்த துண்டால் உலர்த்திவிட வேண்டும்.

சூடான தண்ணீரும் சோப்பும் கொண்டு தினமும் இரண்டு தடவை (தனது கைகளை நன்கு கழுவிய பின்னர்) புறப்பிறப்புக்களை நன்கு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். உட்கழுவு முறையைப் பயன்படுத்துவது நல்லது; அல்லது ஒரு தட்டத்தின் மேல் அமர்ந்து கொண்டு பிறப்புறுப்புக்களைக் கழுவுவது நல்லது. பெண், தட்டத்தின் மேல் உட்கார்ந்து கொண்டு, இடது கையால் தண்ணீரை ஊற்றி, வலது கையால், பிறப்புறுப்புக்களை, குதம் நோக்கி (எதிராக அல்ல) கழுவுவது சிறந்தது. கர்ப்பத்தின் போது பீச்சாங்குழலை பயன்படுத்தக் கூடாது. வெள்ளைபடுதல் போன்ற நோய் நிலைகள் இருப்பின், ஒரு டாக்டரின் ஆலோசனை பெற்று சிகிச்சை பெற வேண்டும். இத்துடன் வாயையும் மிகவும் சுத்தமாக வைத்திருக்க வேண்டும். காலையிலும், மாலையிலும் மெல்லிய பிரஷ் கொண்டு பல் துவக்க வேண்டும். உணவிற்குப் பின்னர் வாயைக் கொப்புளிக்க வேண்டும். கர்ப்பத்தின் போது, கர்ப்பிணி பல் டாக்டரை கலந்தாலோசித்து, தேவையிருந்தால், குழந்தை பிறப்பின் முன், சீர்கெட்ட பற்களுக்கு சிகிச்சை பெற வேண்டும்.

வருங்கால பாலூட்டத்திற்காக, கர்ப்பத்தின்போது, மார்பகங்களை சிறப்பாகப் பேண வேண்டும். பல்லாண்டுகளுக்கு முன், பாலூட்டத்தின் போது பிளவுகள் தோன்றுவதைத் தடுக்க, முலைக்காம்புகளுக்கு அல்கஹால், மற்றும் டானின், கொழுப்புக்கள் போன்ற பலபொருட்கள், கர்ப்பிணிகளுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்டன. இந்த முறைகள் போதிய பலனளிக்கவில்லை. தற்காலத்தில், முலைகளையும், முலைக்காம்புகளையும் சோப்பும் தண்ணீர் கொண்டு தினமும் கழுவி, ஒரு துவாலையால் உலர்த்த வேண்டும். இந்த எளிய முறையால் பிளவுகள் தோன்றுவதையும், முலை அழற்சியையும் தவிர்த்து, முலைகளும் காம்புகளும் பாலூட்டத்திற்கு தயார் நிலையில் உள்ளன. முலைக்காம்புகள் தட்டையாகவோ, உள்நோக்கி வளந்தோ இருந்தால் (படம் 88), சுத்தமான



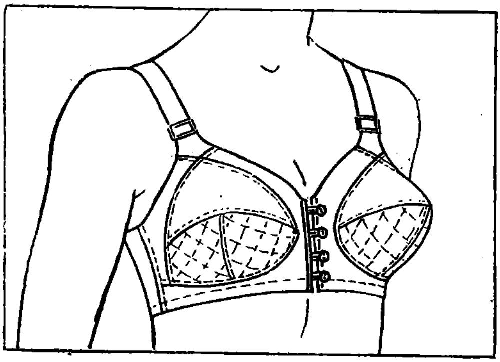
படம் 88. முலைக்காம்புகளின் வகைகள்

அ) முறையானது ஆ) தட்டையானது இ) உள்நோக்கி வளைந்தது.

விரல்கள் கொண்டு, அவற்றை மசாஜ் செய்ய வேண்டும். கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல் கொண்டு, கவனமாக, முலைக்காம்பை முன்னோக்கி இழுக்க வேண்டும். தினமும் 2—3 தடவைகள் 3—4 நிமிடங்கள் நீடிக்கும் வகையில், மசாஜ் செய்ய வேண்டும்.

உட்படிகள், முரடான நூல் இழைகளால் செய்யப்பட்டு, முலைகளை இறுக்கமாகப் பற்றி-அதிகமாக அழுத்

தாமல்—இருக்க வேண்டும். உட்பாடியின் குவிபகுதி, முலைகளின் வடிவத்திற்கும், அளவிற்கும் ஏற்று இருக்க வேண்டும் (படம் 89).

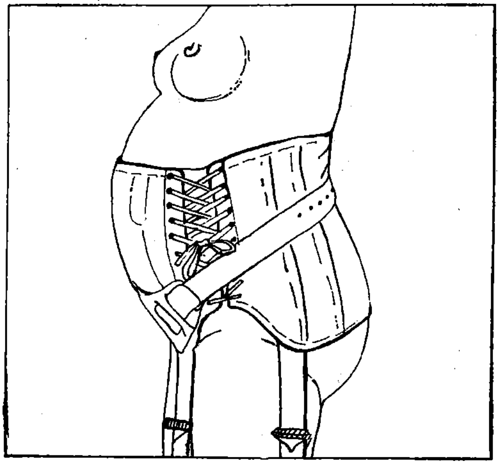


படம் 89. கர்ப்பிணியின் உட்பாடிகள்

உடைகள். உடைகள், குறிப்பாக வயிற்றிற்கும், மார்புக்குமானவை வசதியாகவும், தளர்ச்சியாகவும், இருக்க வேண்டும். (குறிப்பாக கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில்) வட்டமான நாடாக்களை, காலுறைகளைப் பொறுத்த, உபயோகிக்கக் கூடாது. கர்ப்பிணி, மேலங்கி போன்ற உடைகளை அணிந்து உட்பாவாடையைத் தாங்க அமைந்துள்ள கொக்கிகள், தோள்களில்பொருந்தி இருக்க வேண்டும். காலுறைகளுக்கு, நாடா இடைவார், இருக்க வேண்டும். கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பாதியில் வயிற்றுக் கட்டுகள் போடப்பட வேண்டும். கர்ப்பத்தின் போது, உடைகளின் சுத்தத்திலும் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.

காலணிகள் வசதியாக இருக்க வேண்டும். உயர்ந்த குதியங்கால்கள் கூடாது. ஏனெனில் இவை கால்கள் மற்றும் முதுகெலும்பு ஆகியவற்றின் தசைகளை சோர்வடையச் செய்கின்றன.

கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் கர்ப்பிணிக்கு, குறிப்பாக அவள் தலைச்சூலியாக இல்லாமலிருந்தால், வயிற்றுக் கட்டுகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. கட்டுகள், வயிற்றை அமுக்காமல், கீழிருந்து அவற்றைத் தாங்க வேண்டும் (படம் 90) மல்லார்ந்து இருக்கும் நிலை



7டம் 90. வயிற்றுக்கான கட்டுகள்

யில் காலையில் அணியப்பட்டு, இரவில் படுக்கப் போகுமுன் அவிழ்க்கப்பட வேண்டும். வயிற்று உப்புசத்தின் மிகையான நிலையைத் தடுக்கவும், கீழ் முதுகுப் பகுதியில் தோன்றும் புவி ஈர்ப்பு உணர்வைத் தவிர்க்கவும், கட்டுகள் உதவுகின்றன. (கர்ப்பிணியில் புவி ஈர்ப்பு மையம் இடம் பெயர்வதால் முதுகுத் தசைகள் பழுதடைகின்றன)

உணவூட்டம் கர்ப்பிணியின் நலவாழ்வுக்கும் கருப்பை உட்சிசுவின் முறையான வளர்ச்சிக்கும், கர்ப்ப காலத்தில் உரிய உணவு கிடைக்க வேண்டியது தலையாயதாகும். கர்ப்பிணிக்கான தவறான உணவூட்டம் தாய்க்கு பல்வேறு நோய்களை உண்டாக்கி, கருப்பை உட்சிசுவின் வளர்ச்சியையும் பாதிக்கிறது.

கீழ்க்கண்டவைகளை கவனத்தில் கொண்டு, உணவு முறை திட்டமிடப்படுகிறது:—1) கர்ப்பத்தின் போது பெண்ணின் உடலில் நிகழும் உடலியக்க மாற்றங்கள் 2) கர்ப்பிணிக்கும், வளரும் சிசுவுக்கும் மிகையாகத் தேவைப்படும் புரதங்கள், மாவுப் பொருட்கள், கொழுப்புக்கள், உப்புக்கள், வைட்டமின்கள் முதலியன.

கர்ப்பத்தின் முதல் பகுதியில், உணவு வழக்கத்திற்கு மாறாக இராமல், நல்ல போஷாக்குப் பொருட்கள் கொண்டிருக்க வேண்டும். உணவும், பலவகையினதாக இருக்க வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் துவக்க மாதங்களில், பெண்ணின் உணவில் கட்டுப்பாடு எதுவும் கூடாது. ஹெர்ரிங்குகள், கவியர் மீன்கள், முட்டைக்கோசு, உப்பிலிடப்பட்ட வெள்ளரிக்காய், மற்ற உப்புப் பொருட்கள், காரமான பதார்த்தங்கள் ஆகிய எதையும், அவள் தேவைப்பட்டால் உண்ணலாம். கர்ப்பத்தின் முதல் மாதங்களில் ருசி மாறுபாடடைகிறது. 3 வது 4வது மாதங்களில் சிறப்பான உணவுகளுக்கான ஆசை எதுவும் இருப்பதில்லை. கர்ப்பத்தின் துவக்க மாதங்கிளில் பெரும்பாலான பெண்கள் குமட்டல் (குறிப்பாக காலை நோய்) கொண்டுள்ளனர். இந்நிலையில், காலை உணவைப்படுக்கையிலிருந்து கொண்டே அருந்திய பின்னர், எழுந்து நடமாடலாம்.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் காய்கறிகளும், பால்பண்ணைப் பொருட்களும் வழங்கப்படலாம். புலாவையும், மீனையும் குறைந்த அளவில் சாப்பிடலாம். பால், புளித்த பால், யோகர்ட், தயிர், பாலாடை, வெண்ணை, காய்கறிகள், உருளைக்கிழங்கு, கஞ்சி ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. பழங்கள், உலர்ந்த விதைகள், வேக வைக்கப்படாத காய்கறிகள் (முட்டைகோசு, காரட் முதலியன) மிகவும் பயனளிக்கும், ஏனெனில் அவற்றில் தாய்க்கும் சிசுவுக்கும் தேவையான வைட்டமின்கள் காணப்படுகின்றன. கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில், வாரத்தில் 3—4 தடவைகள் மாமிசம் கொடுக்கப்படலாம். விலங்கின புரதத் தேவைகளை ஈடு செய்ய முட்டைகள், தயிர், பானேடு மற்றும் பல பால்பண்ணை பொருட்கள் ஆகியவை கொடுக்கப்படலாம். மாமிசத்திற்கும், மீன்களுக்கும் பதிலாக பாலும் காய்கறிச் சாறுகளும் கொடுக்கப்படலாம். மதுபானங்கள், மிளகு, கடுகு வினிகர், காரமான மசாலா நிறைந்த பொருட்கள் ஆகியவை அடியோடு தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் உணவுடன் சேர்க்கப்பட வேண்டிய உப்பின் அளவு குறைக்கப்பட வேண்டும். தினமும் 4—5 கோப்பைகளுக்கு மேல் தண்ணீர் அருத்தக் கூடாது

கர்ப்பத்தின் போது சிறுநீரகங்கள், கல்லீரல், மற்றும் பல உறுப்புக்கள் வழக்கத்திற்கு அதிகமாகப் பணிபுரிகின்றன. இவற்றின் பணிகள் சீர்குலையாமலிருக்க, மேற்கூறிய உணவுக்கட்டுப்பாடுகள் அவசியம்.

கர்ப்பிணிக்கும், கருப்பை உள்சிசுவுக்கும் வைட்டமின்கள் தேவைப்படுவதால், அவை அதிகமாகக் கிடைக்க வேண்டியுள்ளது. அரைகுறையான வைட்டமின்கள், பணியாற்றும் திறனைக் குறைத்து நோய் பாதிப்புகளுக்கு எதிரான உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியையும் குறைக்கிறது. வைட்டமின்கள் பற்றாக் குறையாக இருந்தால், ரிக்கட்ஸ், ஸ்கர்வி, நரம்பு மண்டல வியாதிகள் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. கர்ப்ப காலத்தின் போது வைட்டமின் பற்றாக்குறை இருந்தால், சிசுவின்

விகார வளர்ச்சி, கருச்சிதைவு, முதிராப் பிரசவம் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. ஆகவே வைட்டமின்கள் கொண்ட உணவு, பெண்ணின் இன்றியமையாத பணிகளுக்கு பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

வைட்டமின் ''ஏ'' வளர்ச்சி வைட்டமின் என அழைக்கப்படுகிறது. உணவில் வைட்டமின் ''ஏ'' பற்றாக்குறையாக இருந்தால், ஆய்வகப் பிராணிகளில் கீழ்க்கண்ட வியாதிகள் தோன்றுகின்றன: வளர்ச்சி தடைப்படுகிறது, சுற்றுப்புற அம்சங்களுக்கான எதிர்ப்பு சக்தி குறைகிறது. கண் நோய்கள் (உலர்விழி நோய், மாலைக் கண்), கல்லீரல் நோய்கள், சிறுகுடல் வியாதிகள், உண்டாகின்றன.

விலங்கினங்களின் கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள், பால், முட்டைகள், வெண்ணெ, மீன் எண்ணெ, காரட்டுகள், பசளைக்கீரை ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''ஏ'' காணப்படுகிறது.

கர்ப்பிணிக்கு வைட்டமின் ''ஏ'' தினமும் 2—4 மாத்திரைகளாக அல்லது தினமும் 1—2 சொட்டுகளாக இரண்டு தடவை கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

வைடட்மின் ''பி'' வளர்சிதை மாற்றத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதிலும், நரம்பு மண்டலத்தின் முறையாக பணியை ஊக்குவிப்பதிலும் பங்கு கொள்கிறது. வைட்டமின் ''பி'', பற்றாக் குறையின் போது, நரம்பு மண்டல கொடூர வியாதிகள், தசைச்சூம்பல், கைகால்களின் செயலிழப்பு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. ஈஸ்ட்,கல்லீரல்,சிறுநீரகங்கள், மொச்சைகள், சோளக்கஞ்சி, தவிட்டு நிறரொட்டி ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''பி'' காணப்படுகிறது. வைட்டமின் ''பி''ன் தினசரித் தேவை 10—20 மி.கி. ஆகும்.

வளர்ச்சி அம்சமான வைட்டமின் ''பி'' (பிபோஃபிளேவின்), போதிய அளவு உணவில் இல்லாவிடில், வளர்ச்சி குன்றி, கண்கள் மற்றும் தோல், சிலேட்டுமப்படலங்கள் ஆகியவை பாதிக்கப் படுகின்றன. ஈஸ்ட், கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள், புலால், முட்டைகள், பால் பண்ணைப் பொருட்கள் ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''பி'' காணப்படுகிறது. தினசரித் தேவை 2மி.கி ஆகும்.

வளர்சிதை மாற்றத்தில் பங்கு கொள்ளும் என்சைம் அமைப்புகளின் ஒரு பகுதி வைட்டமின் ''பி.பி'' (நிகோடினிக் அமிலம்) ஆகும். இந்த வைட்டமின் பற்றாக்குறையின் போது ''பெல்லாக்ரா''நோய் உண்டாகிறது. இந்த நோயில் மத்திய மற்றும் புறநரம்பு மண்டலங்கள், சருமம், சிலேட்டுமம் ஆகியவை பாதிக்கப்பட்டு, குடல் கோளாறும் உண்டாகிறது. ஈஸ்ட், கல்லீரல் கோதுமை தனியங்கள் ஆகியவற்றில் நிறைய வைட்டமின் ''பி.பி'' காணப்படுகிறது. இந்த வைட்டமினின் தினசரித் தேவை 15மி.கி ஆகும்.

உடலின் ஆக்ஸிகரண நிகழ்வுகளில், வைட்டமின் ''சி'' (அஸ்கார்பிக் அமிலம்) பங்கு பெறுகிறது. செல்லிடை நிகழ்வுகளையும் ஊக்குவிக்கிறது. கர்ப்பத்தின் முறையான போக்குக்கு வைட்டமின் ''சி'' தேவைப்படுகிறது. இந்த வைட்டமினின் பற்றாக் குறையின் போது ஸ்கர்வி நோய் உண்டாகிறது. கருச்சிதைவுக்கும், முதிராப் பிரசவத்திற்கும் காரணமாக இருக்கிறது. காய்கறிகள், பெர்ரிகள், பழங்கள் ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''சி'' காணப்படுகிறது. காட்டு ரோசாக்களிலும் விதையில்லா முந்திரிப்பழங்களிலும், இந்த வைட்டமின் மிகையான அளவில் காணப்படுகிறது. தினமும், இதன் தேவை, 50—100 மி.கி ஆகும். ஆனால்

கர்ப்பத்தின் போது மிகையாகத் தேவைப்படுவதால், கர்ப்பிணிகள், வைட்டமின் ''சி'' நிறையக் காணப்படும் உணவுகளை அருந்த வேண்டும். வைட்டமின் ''சி'' கொண்ட மாத்திரைகள், அல்லது அஸ்கார்பிக் அமிலத் தயாரிப்புகள் (அஸ்கார்பிக் அமிலம் 0.2 சர்க்கரை 0.3 தினமும் மூன்று வேளை) கர்ப்பிணிகளுக்கு குளிர்காலத்தின் போதும் வசந்த காலத்தின் போதும், கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

கோதுமை முளை, கதிர்மணிகள், முட்டைகள், கல்லீரல் சோயாபீன் எண்ணை, சில விலங்கினத் திசுக்கள் ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''ஈ'' காணப்படுகிறது. இந்த வைட்டமினின் பற்றாக்குறை, பால் சுரப்பிகளின் பணியைப் பாதித்து, முட்டை வெளிப்படலையும், பொலிவுறுவதையும் தடை செய்கிறது. கர்ப்பிணிக்கு, வைட்டமின் ''ஈ'' குறைவாகக் கிடைத்தால், கருச்சிதைவு ஏற்படும். இந்த வைட்டமினுடன் சேர்ந்த மற்றும் பல பொருட்கள், தானாக நிகழும் கருச்சிதைவிற்கும், மலட்டுத் தன்மைக்கும் சிகிச்சையாகப் பயன்படுகிறது.

கால்சியம், பாஸ்வரம் வளர்சிதை மாற்றத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதில் வைட்டமின் ''டி'' (ரிக்கட்ஸ் எதிர்) பங்கு கொள்கிறது. கருப்பை உள்சிசுவில் ரிக்கட்ஸ் தோன்றுவதை இந்த வைட்டமின் தடை செய்கிறது. மீன் எண்ணை, கொழுத்த மீன்களின் தசைகள், கல்லீரல், கவியர் மீன், வெண்ணை ஆகியவற்றில் வைட்டமின் ''டி'' ஏராளமாகக் காணப்படுகிறது. கர்ப்பிணியின் உணவில் வைட்டமின் ''டி'' குறைவாக இருந்தால், அதை ஈடு செய்ய மீன் எண்ணையைக் (தினமும் இரண்டு வேளை இரண்டு மேசைக் கரண்டி) கொடுக்கலாம்.

கர்ப்பிணி தினமும் 4 தடவைகள் சாப்பிட பரிந்துரைக்கப்படுகிறாள். தினமுமான உணவில், 25—30% காலை உணவிலும், 10—15% ஐ மதிய உணவிலும் 40—45% ஐ மாலை உணவிலும், 15—20% ஐ இரவு உணவிலும், எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும்.

கர்ப்பிணிக்கு, மலச்சிக்கல் ஏற்பட வாய்ப்பு உண்டு. வேண்டாத இந்த நிகழ்வைத் தடை செய்ய, கர்ப்பிணி, புதிய காய்கறிகள், மற்றும் பழங்கள், கபிலநிற ரொட்டி, புளித்தபால் ஆகிய வற்றை தினமும் உணவில் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இதன் பின்னரும் மலச்சிக்கல் தோன்றினால், எனிமா தேவைப்படுகிறது.

முறையான கர்ப்பத்தின் போது, சிறப்பு உடற்பயிற்சிகள் பயனளிக்கின்றன. உடற்பயிற்சிகள் கர்ப்பிணியின் உடல் நலத்தைப் பாதுகாப்பதோடல்லாமல் கர்ப்பம், மற்றும் பிரசவம், பிரசவ பின்காலம் ஆகியவற்றிற்கும் துணை செய்கிறது. விளையாட்டு வீராங்கனைகளும், கர்ப்பத்தின் போது உடற்பயிற்சி செய்யும் பெண்களும், பிரசவ காலத்தின் போது சிரமப்படுவதில்லை.

டாக்டர் பரிந்துரைக்கும் உடற்பயிற்சிகளை, டாக்டரின் மேற்பார்வையிலேயே செய்ய வேண்டும். உடற்பயிற்சிகளை சரியான முறையில் செய்யத் தெரிந்து கொண்டவுடன் வீட்டிலிருந்தே உடற்பயிற்சி செய்யலாம்.

மூச்சுவிடல் மற்றும், இரத்த சுழற்சி, வளர்சிதை மாற்றம், நரம்பு மண்டலப் பணிகள் ஆகியவற்றை ஊக்குவிக்கும் உடற்பயிற்சிகளை மேற்கொள்வது நல்லது. வயிறு மற்றும் கூபகம் ஆகியவற்றின் தசைகளை வலுப்படுத்தும் உடற்பயிற்சிகள் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

கர்ப்ப காலத் துவக்கத்திலிருந்து

இறுதி வரை (பிரசவம் வரை) கர்ப் பிணி, மருத்துவக் கண்காணிப்பில் இருந்து வர வேண்டும். பேறுகால நிபு ணரும், மற்ற சிறப்பு மருத்துவர்களும் கர்ப்பிணியின் உடல் நலத்தையும், கர்ப் பத்தின் போக்கையும், கண்காணித்து, நலவழி, உணவு பற்றி ஆலோசனை கூறி வேலை செய்யும் சூழ்நிலைகளை சிறப் படையச் செய்ய வேண்டும். சோவியத் சட்டங்களின் படி, அவளுக்கு உரித் தான அத்தனை சலுகைகளையும் பெற, பேறுகால நிபுணர் ஆவன செய்ய வேண்டும். கர்ப்பிணியின் கண்காணிப் பின் மூலம், வரப்போகும் வியாதிகளின் துவக்க அறிகுறிகள், கர்ப்பத்தின் சிக் கல்கள் ஆகியவற்றைத் தெரிந்து, உரிய காலத்தில் அவற்றைத் தவிர்க்கவும், தீர்க்கவும் செய்யலாம். கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில் இருந்தே, வழக் கமாக பரிசோதித்துவந்தால் கர்ப்பத் தின் சிக்கல்களை தவிர்க்க முடியும், இந்த அம்சத்தில், பெண்களுக்கு சுகா தாரக் கல்வி மிகவும் இன்றியமையாத தாகும். கர்ப்பத்தின் துவக்கத்தில் மாதம் ஒரு தடவையும் பின்னர் இரண்டு வாரங்களுக்கு ஒரு தடவையும் டாக்ட ரைக் கலந்து ஆலோசிப்பது நல்லது.

கர்ப்பிணி முழுமையாகப் பரிசோ திக்கப்பட வேண்டும்-உடல் நலம் பற்றி விசாரணைகள், கூர்ந்து நோக்குதல், உள்ளுறுப்புக்களின் பரிசோதனை, பேறுகாலப் பரிசோதனை இன்னபிற. இருதய இரத்த நாள மண்டல மற்றும் சிறுநீரங்கள், கல்லீரல், மற்ற உறுப் புக்கள் ஆகியவற்றின் நோய்கள், குறு கிய கூபகம், சிசுவின் தவறான தோற் றம், குருதிப் பெருக்கு, கர்ப்பத்தின் மற்றும் பல சிக்கல்கள் கர்ப்ப நச்சு நிலையை ஊக்குவிக்கும் அம்சங்கள் (மிகையான அம்னியாடிக் திரவம், சிறு நீரக நோய், கர்ப்ப முன் நச்சு நிலை) ஆகியவை இருக்கின்றனவா. எனப்பரி சோதிக்க வேண்டும். டாக்டரை பார்க் கும் ஒவ்வொரு தடவையும் அவளது எடை, இரத்த அழுத்தம், சிறுநீர் பரி சோதனை ஆகியவை கணக்கிடப்பட வேண்டும். மறைந்துள்ள வீக்கத்தைத் தடை செய்ய இது உதவும்.

நோய்கள் அல்லது சிக்கல்கள் இருப் பதாகத் தெரிந்தால், உடனடியாக சிறப்பு மருந்துவரால் பரிசோதிக்கப் பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 7

தொற்றெதிர் நிலை-தொற்றற்ற நிலை

பேறுகால பருத்துவ பாதுகாப்பு முறைகள்

நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து வெளிப்பட்ட பின்னர், கருப்பையின் உட் பரப்பு, ஒரு மிகப் பெரிய புண்ணாக இருக்கிறது. பிரசவம் முறையாக இருந்தால் கூட, கருப்பைக் கழுத்து, யோனி, விடபம் ஆகியவை புண்பட்டே காணப்படுகின்றன.

சேதமடைந்த கருப்பையினுள்ளோ புண்பட்ட பரப்பினுள்ளோ நுண்கிருமிகள் நுழைந்தால் கீழ் கொண்ட, பிரசவ பின்வியாதிகள் உருவாகின்றன. பெண்ணின் எதிர்ப்புத் திறனைப் பாதிக்கும் அம்சங்களால் (நரம்பு சார்ந்த உளைச்சல், இரத்த இழப்பு, பற்றாக்குறை வைட்டமின்கள், முந்தைய நோய்கள் முதலியன), பிரசவ பின் காலத்தில் கீழ் நிலை நோய்கள் உருவாக வாய்ப்புண்டு.

தொற்றற்ற, தொற்றெதிர் முறைகள் கையாளப்படும் முன்னர், பிரசவ பின் கால சீழ்நிலைகள் (பிரசவ பின் காய்ச்சல்), பிரசவத்தின் சிக்கல்களாக இருந்தன. பிரசவ பின்கால சீழ்நிலை நோய்கள், மகப்பேறு மருத்துவ மனைகளில் கொடிய கொள்ளை நோயாக இருந்தன. பிரசவ பின்கால காய்ச்சலின் போது 25% க்கும் அதிகமானோர் மரணமடைந்தனர். பிரசவ பின்கால காய்ச்சல் கொள்ளை நோயாக மாறும் போது மருத்துவ மனைகளை நீண்டகாலம் மூடவேண்டி இருந்தது.

கடந்த நூற்றாண்டின் மத்தியில் இக்னஸ். பி. செம்மல்வீஸ், வியன்னாவில் ஒரு பேறுகால மருத்துவ மனையில் பணி புரிந்து வந்தார். அருகேயுள்ள பிணவறையில், மாணவர்கள் உடற்கூறு இயல் பயின்று கொண்டிருந்த போது தான், பிரசவ பின் காய்ச்சலும், மரணங்களும் அதிகமாக நிகழ்ந்தன என அவர் கண்டு பிடித்தார். பிரசவத்தை நடத்தும் பணியாளர்களின் கைகளும், கருவிகளும், சீழ்பிடித்த விலங்கினத் திசுக்களால் மாசுபட்டதால், பிரசவித்த தாய்மார்களும் கிருமி பாதிப்பால் பாதிக்கப்பட்டனர் என ஐ.பி. செம்மல்வீஸ் கருதினார். செம்மல்வீசின் முக்கியமான கண்டுபிடிப்பு என்னவெனில் பிரசவத்தை மேற்பார்க்கும் டாக்டர்களும் பேறுகால மருத்துவர்களும் தங்களது கைகளை, குளோரின் தண்ணீர் கொண்டு கழுவி, தொற்று நீக்க வேண்டும் என்பது தான். (1874) இந்த எளிய முன்காப்பு முறையால், பிரசவ பின்னான மரண விகிதம் திடீரென்று (1.5% வரை) குறைந்தது. தொற்று நீக்குவதற்கு குளோரின் திரவத்தைப் பயன்படுத்தியதன் மூலம், தொற்றெதிர் முறைகளுக்கு அடிக்கல் நாட்டப்பட்டது.

20 ஆண்டுகளுக்குப் பின்னர் பேரன் ஜோசப் லிஸ்டர் என்பவர், காயங்களுடன் இணைந்திருந்த லினன், கருவிகள்,

கட்டுப் போடும் துணிகள் ஆகியவற்றைத் தொற்று நீக்கினார். இதனால், தற்கால தொற்றற்ற அறுவை முறைகளுக்கு ''தந்தை'' எனக் கருதப்பட்டார். அறுவை சிகிச்சையின் போது தொற்றற்ற, தொற்றெதிர் முறைகளை என். ஐ. பீரகோவ் தான் ரஷ்யாவில் முதன் முறையாகக் கையாண்டார். ஏ. யா. கரசோவ்ஸ்கி, ஐ.எப். பலாண்டின் முதலியோர், பேறுகால சுவணிப்பில், இம்முறைகளைக் கையாண்டனர்.

நோயூக்கும் பல நுண்கிருமிகள், பிரசவ பின்கால கீழ்நிலைகளுக்குக் காரணமாக இருந்த போதிலும், ஸ்டாபிலோகாக்கசு கிருமிகள் தான் மிகவும் முக்கியமானவை. நோயூக்கும் காரணிகளில் அடுத்து வருவது ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கசாகும். எச்செரியா கோலை, வெல்ச் கிருமிகள், நியூமோகாக்கசு போன்ற மற்றும் பல நுண் கிருமிகளும் பிரசவ பின் நோய்களுக்குக் காரணமாக இருந்தன. இத்தகைய நோயூக்கும் கிருமிகள், சுற்றுப்புறத்திலேயே காணப்பட்டன. அவை மனித உடலில் வாழ்ந்த போதும் சகஜமான சூழ்நிலைகளில் நோயூக்குவதில்லை. காயப்பரப்பில் இந்த நுண்கிருமிகள் உள்நுழையும் போது சீழ்நிலை நோய்கள் உண்டாகின்றன. கருப்பையின் உட்பரப்பு, மற்றும் கருப்பைக் கழுத்து, யோனி, விடபம் ஆகியவற்றின் கிழிசல்கள், பிளவுகள், கீற்றுக்கள் ஆகியவற்றின் வழியாக பிரசவத்தின் போதும், குழவி பிறப்பின் போதும், நோயூக்கும் நுண் கிருமிகள் உள்ளே நுழைகின்றன.

பிரசவ பின்கால பாதிப்புகளின் தோற்றுவாய்கள் வேறுபட்ட, மிகப்பலவாகும். சில, பெண்ணின் உடலிலேயே வசிக்கின்றன (அகவழிப்பரவு நிலை). கீழ் தோல் கொப்புளங்கள், சொத்தைப் பற்கள், சீழ்பிடித்த பல் ஈறு, டான்சில் அழற்சி, சிறுநீரக—பிறப்புறுப்பு மண்டலத்தின் அழற்சி நோய்கள் ஆகியவற்றிலிருந்து, தொற்று நோய் துவங்குகிறது. செம்புள்ளிக் காய்ச்சல், டான்சில் அழற்சி, சீழ்நோய் ஆகியவை கொண்ட நோயாளிகளிடம், கர்ப்பிணி பழகினால், கர்ப்பிணியின் சருமத்திலேயே நோயூக்கும் நுண்கிருமிகள் இனப்பெருக்கமடைய முடியும். இந்தக் குவியத்திலிருந்து சருமம் வழியாகவும், இரத்த, நிணநாளங்கள் வழியாகவும் நோய் பாதிப்பு, பிறப்புப் பாதையை அடைகிறது. (சருமத்திலிருந்து யோனிக்குச் சென்று யோனியிலிருந்து கருப்பைக்குச் செல்கிறது)

பிரசவபின் சீழ் நோய் நிலைகளை உண்டாக்கும் காரணிகள், பெண்ணின் உடலினுள், சுற்றுப்புறத்திலிருந்தே (புறவழி பரவு நிலை) நுழைகின்றன. கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்தின் போதும், அதன் பின்னரும், பிறப்புறுக்களுடன் தொடர்பு கொள்ளும் கைகள் மற்றும் கருவிகள், கட்டுத்துணிகள், மற்றும் பல பொருட்கள் வழியாக நுண்கிருமிகள் பிறப்புறுப்புக்களுள் நுழைகின்றன. கர்ப்பத்தின் இறுதிமாதங்களில் புணர்ச்சியும் தீமைபயக்கும்.

மூக்கு மேற்தொண்டையில் வசிக்கும் நுண்கிருமிகள் (குறிப்பாக ஸ்டாபிலோகாக்கசு) முக்கியத்துவம் வாய்ந்தன. பேசும் போது, இருமும் போது, மும்மும் போது வாயிலிருந்தோ, மூக்கிலிருந்தோ, வெளிப்படும் ஈரமான மிகச்சிறிய எச்சில் துளிகள் மூலம் கிருமிகள் வெளிப்படுகின்றன. இத்தகைய பாதிப்பு தான் கர்ப்பிணிக்கு ஆபத்தானது. ஆகவே கர்ப்பிணியை மேற்பார்க்கும் மருத்துவ உதவியாளர்கள் அனைவரும் முக மூடிகள் அணிய வேண்டும்.

நுண்கிருமிகளைக் கொண்ட தூசியம், புறவழிப்பரவலுக்கு காரணமாக

அமைகிறது. புறப்பிறப்புகளின் மீது பதிந்ததூசியில் உள்ள கிருமிகள் யோனிக்குள் பரவுகின்றன.

பிரசவபின் சீழ் நிலை நோய்களைக் கட்டுப்படுத்த பிரதான வழி, முன் காப்பாகும். இது தான், சோவியத் நாட்டின் பேறுகாலப் பாதுகாப்பு முறைகளில் தலையாயதாகும். சோவியத் யூனியனில், நன்கு திட்டமிடப்பட்ட முன்காப்பு முறைகள் பின்பற்றப்படுவதால், பிரசவ பின் நோய்கள் பெருமளவில் குறைந்துள்ளன. பிரசவபின் கால நோய்களின் முன்காப்பு முறைகளின் அடிப்படை நியதிகள் வருமாறு:— மகப்பேறு நிலையங்களில் தொற்றற்ற, தொற்று எதிர் முறைகள் கடுமையாகக் கையாளப்பட வேண்டும். சுய மற்றும் சமூக நலவழி, கர்ப்பிணிகளுக்கும், பிரசவித்த தாய்மார்களுக்கும் சிறந்த, தகுதி வாய்ந்த மருத்துவ உதவி.

கர்ப்பத்தின்போது முன்காப்பு முறைகள்: ஆறாவது பிரிவில் விபரிக்கப்பட்ட நெறி முறைகளை கண்டிப்பாகப் பின்பற்றுவதில் தான், பிரசதவ பின் கால நோய்களைத் தடுப்பது இருக்கிறது. அகவழி பரவும் நோய் குவியங்களை அகற்றுதல் (வாயின் சுத்தம், சரும சீழ் அழற்சி, டான்சில் அழற்சி, மற்றும் பல அழற்சி நிலைகளுக்கு சிகிச்சை அளித்தல்), தொற்றும் நோய் கண்டவர்களைத் தனிமைப்படுத்துதல், சருமத்தின் சுத்தம், கர்ப்பத்தின் இறுதி வாரங்களில் பால் புணர்ச்சியைத் தவிர்ப்பது ஆகியவை மிக முக்கியமான அம்சங்களாகும். சீரிய அறநெறி வாழ்வு, சரியான உணவு ஆகியவை, கர்ப்பிணியின் உடல் நலத்தை வலுப்படுத்துவதால், சிறந்த தடுப்பு முறையாகும்.

பிரசவத்தின்போது நோய்தொற்றைத் தடுத்தல்: மகப்பேறு மருத்துவ மனையில் சேர்க்கப்பட்ட கர்ப்பிணிகள் அனைவரும் உடனடியாக பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். காய்ச்சல், சீழ்சரும அழற்சி, டான்சில் அழற்சி, இன்புளுயென்சா, வெட்டை நோய், மற்றும் அழற்சி நோய்கள் கொண்ட பெண் நோயாளிகள் அனைவரும் உடனடியாக, சிறப்புக் கூடத்தில் தனிமைப்படுத்தப்பட வேண்டும். மருத்துவ மனையில் அனுமதிக்கப் படுமுன்னர் தொற்றும் நோயாளிகளுடன் தொடர்பு கொண்ட கர்ப்பிணிகளும், வீட்டிலேயே (இங்கு, தொற்றற்ற சூழ்நிலைகள் இருக்க முடியாது) பிரசவித்த பெண்களும் தனிமைப்படுத்தப் பட வேண்டும். மருத்துவ மனையில் சேர்க்கப்பட்டவுடன், கர்ப்பிணிகளுக்கு சிறந்த நலவழி சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. அவளது உடலின் ரோமம் நிறைந்த பகுதிகள் ஆராயப்படுகின்றன. அவளது கை, கால் விரல்களின் நகங்கள் வெட்டப்படுகின்றன. மலஜலம் கழிக்க அறிவுறுத்தப்படுகிறாள், பிறப்புறுப்பைச் சுற்றியும், அக்கூழைச் சுற்றியும் உள்ள ரோமங்கள் மழிக்கப் படுகின்றன. இப்பகுதிகள் நன்கு துடைகப்பட்டு உலர்த்தப்படுகின்றன. கர்ப்பிணிக்கு துளிக்குளியல் கொடுக்கப்படுகிறது. தூய்மையான துணிகள் அணிவிக்கப்படுகின்றன. பிரசவ முன் கடத்தில் அனுமதிக்கப்படுகிறான். தனியான அறையில்—இந்த அறையின் சுத்தம் அறுவை அரங்கின் சுத்தத்தைப் போன்று இருக்க வேண்டும்—குழந்தையை ஈன்றெடுக்கிறாள்.

கர்ப்பிணியுடன் தொடர்புள்ள எந்தப் பொருளும் தொற்றற்று இருக்க வேண்டும். லினன், காலுறைகள், கைக்குட்டைகள், அங்கிகள் ஆகியவை நீராவிக் கலனில் தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும். பேறுகாலக் கருவிகள் கொதிக்கும் நீரில் 10 நிமிடங்கள் வைத்து, சுத்தம்

செய்யப்பட வேண்டும். உலோகக் கருவிகள் துரிப்பிடிக்காமல் இருக்க, ஒரு லிட்டர் தண்ணீருக்கு ஒரு மேசைக் கரண்டி சோடியம் பார்பனேட்டை இட வேண்டும். சிரிஞ்சுகள், ரப்பர் குழாய்கள், கை கழுவ உள்ள பிரஷ்கள், ஆகியவை சுடு தண்ணீரில் கொதிக்க வைக்கப்பட்டு, தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும். வெட்டும் கருவிகளை (பஞ்சால் மூடப்பட்ட) அல்கஹால் கொண்டோ அல்லது சுடு தண்ணீர் கொண்டோ சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும்.

பேறுகால மேற்பார்வையின் போது, கைகளின் தொற்று நீக்கம் மிகவும் முக்கியமானது. கைகளில் எப்போதும் நுண்கிருமிகள் காணப்படும். (இவற்றில் நோயூக்கும் கிருமிகளும் உண்டு) சருமத்தை மூடியிருக்கும் கொழுப்பு, சீபச் சுரப்பிகளின் வெளிப்பகுதிகள், வியர்வைச் சுரப்பிகளின் வெளிவாயில்கள் ஆகியவற்றில் நுண்கிருமிகள் காணப்படுகின்றன.

கைகளை கவனமாகப் பாதுகாத்தல், அவை தொற்றற்றை இருக்கும்.

கோசர்கின் மற்றும் ஸ்பாசோ குகோட்ஸ்கி, ஃபர்பிரிங்கர் ஆகியோரின் தொற்று நீக்கு முறைகள், நல்ல பலன் அளிக்கின்றன.

எந்த முறையில் கையைச் சுத்தம் செய்தாலும், முதலில் கட்டாயமாக நீட்டியிருக்கும் நகங்களை முதலில் வெட்டி, அதனடியில் உள்ள அழுக்கை, பிரஷ் கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

கோசர்கின்-ஸ்பாசோ குகோட்ஸ்கியின் முறை. 1) எனாமல் தட்டை அல்கஹாலால் கழுவி நெருப்பின் மீது காட்ட வேண்டும். குளிர வைக்கப்பட்டு, அதனுள் 0.5% அம்மோனியா கரையத்தை இட வேண்டும். இந்தக் கரையத்தில், முன்கைகளை (முழங்கை வரை) கழுவி, சல்லடைத் துணி கொண்டு மூன்று நிமிடங்களுக்குத் துடைக்கவும். நகங்களைச் சுற்றியுள்ள பகுதிகள், மூட்டுக்களிலுள்ள மடிப்புகள், விரல்களுக்கிடையேயான தோல் ஆகியவை முக்கியமாக கவனிக்கப்பட்டு, உலர்த்தப்பட வேண்டும்.

2) 0.5% அம்மோனியா கரையம் புதிதாகத் தயாரிக்கப்பட்டு, மீண்டும் கைகளை, கைக்குட்டை கொண்டு, மூன்று நிமிடங்கள் கழுவ வேண்டும்.

3) சுத்தமான கைக்குட்டை கொண்டு கைகளை உலர்த்த வேண்டும்.

4) மற்றுமொரு சுத்தமான வலைத் துணி வைக்குட்டையை அல்கஹாலில் தோய்த்து கைகளை ஐந்து நிமிடங்கள் துடைக்க வேண்டும்.

ஃபர்பிரிங்கர் முறை: 1) முன் கைகளை (முழங்கை வரை), சுடு தண்ணீரில் சோப் கொண்டு பத்து நிமிடங்கள் (இரண்டு பிரஷ்கள் கொண்டு) துடைக்க வேண்டும்.

2) கைக்குட்டை கொண்டு கைகளை உலர்த்தி, 3—5 நிமிடங்களுக்கு அல்கஹால் கொண்டு துடைக்க வேண்டும்.

3) டிங்க்சர் அயோடினைத் தடவவும். (அல்கஹால் கொண்டு கைகளைக் கழுவிய பின்னர், 1:1000 கிரோசின் சப்ளிமேட் கரையத்தை உபயோகிக்க, ஃபர்பிரிங்கர் சிபாரிசு செய்கிறார். ஆனால் இந்தக் கரையத்தை, பேறுகால முறைகளில் பயன்படுத்தக் கூடாது ஏனெனில் அவை, கர்ப்ப, பிரசவப் பெண்ணின் யோனியின் சிலேட்டுமத்தை ஊடுருவி உட்செல்லலாம்.)

அகல்பெல்டு முறை. 1) சோப்பும், இரண்டு தொற்றற்ற பிரஷ்களும் கொண்டு முன்கைகளை, 10 நிமிடங்களுக்குக் கழுவ வேண்டும். (ஒவ்வொரு பிரஷ்ஷினாலும் ஐந்து நிமிடங்கள்)சுடு தண்ணீரை உபயோகிக்கவும்.

2) கைகளை நன்கு கழுவிய பின்னர், தொற்றற்ற வலைத்துணி கைக்குட்டை கொண்டு உலர்த்தவும்.

3) அல்கஹாலில் தோய்க்கப்பட்ட சுத்தமான கைக்குட்டை கொண்டு ஐந்து நிமிடங்களுக்குத் துடைக்கவும். கழுவப்பட்ட கைகளுக்கு, ரப்பர் கையுறைகளை அணியவும்.

கீழ்க்கண்ட செயல் முறைகளுக்கு முன்னர், மேற்கூறிய முறைகளில் ஏதாவதொன்றின் படி (கோசர்கின்—ஸ்பாசோ குகோட்ஸ்கி, அகல்பெல்டு, அல்லது ஃபர்பிரிங்கர் முறை)கைகளை நன்கு கழுவ வேண்டும்:

அ) கர்ப்பிணியின் யோனிப் பரிசோதனை.

ஆ) பிரசவம் நடத்துதல்

இ) பேறுகால அறுவைகள் (நஞ்சைக் கொடியை கை கொண்டு அகற்றுதல், இடுக்கி போடுதல், கிழிசல்களைத் தைத்தல் முதலியன).

ஈ) சிசுவைப் பராமரித்தல்

பிரசவ அறையில் வழக்கமான பணிகளைச் செய்யத் துவங்கும் முன்னரும், கர்ப்பிணி, மற்றும் பிரசவத்த தாய் ஆகியோரைப் பரிசோதிக்கு முளனரும், சிசுவைப் பராமரிக்கும் போதும், பேறுகாலத் துறை ஊழியர்கள் தங்கள் கைகளை நன்கு கழுவ வேண்டும். கைகளைச் சுத்தமாகவும், காயங்கள் படாமலும் வைத்து இருக்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது, வெளிப்புற பிறப்புறுப்புக்களை, 5—6 மணி இடைவெளியில், கழுவ வேண்டும். தொற்று நீக்கப்பட்ட படுக்கை மலத்தாலத்தை, கர்ப்பிணியின் திரிகப்பகுதியின் கீழே வைத்து, நீர்த்த கிருமி நாசினி திரவம் கொண்டு (1% லைசோபார்ம் கரையம், 1:6000—1.8000 பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம்) இடுக்கியில் உள்ள சுத்தமான பஞ்சால், பிறப்புறுப்புக்களைக் கழுவ வேண்டும்.

மேற்கூறியது, கீழ்க்கண்டவாறு செய்யப்படுகிறது: முதலில் பூப்புப்பகுதி, பின்னர் தொடைகளின் உட்பரப்புகள், புறபிறப்புறுப்புக்கள், இறுதியாக விடபமும், முதமும். சுத்தமான பஞ்சும் இடுக்கியும் கொண்டு, இறுதியாக விடபமும், குதமும். சுத்தமான பஞ்சும் இடுக்கியும் கொண்டு, துடைக்கப்படுகின்றன.

சிசுவின் பிறப்புக்கு முன்னர், புறபிறப்புறுப்புக்களும், அருகிலுள்ள பகுதிகளும், மேற்கூறியது போன்று சுடு தண்ணீரால் கழுவப்பட்டு, சுத்தமான பஞ்சால், இடுக்கி கொண்டு, அல்கஹால் துடைக்கப்படவேண்டும். இறுதியாக 5% அயோடின் டிங்க்சர் தடவப்படுகிறது. கர்ப்பிணிக்கு சுத்தமான துணிகள் அணிவித்து, பருத்திக் காலுறைகள் அணிவித்து, சுத்தமான லினன் மீது கர்ப்பிணியைப் படுக்க வைக்க வேண்டும்.

பேறுகால மருத்துவமனை ஊழியர்களின் சுயசுகாதாரம். மருத்துவ மனை ஊழியர்கள், தங்களை சுத்தமாக வைத்துக் கொண்டு, பேறுகாலப் பணிகளை ஊக்குவிக்கும் கிருமிகள் அணுகாதவாறு பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இன்புளுயென்சா, டான்சில் அழற்சி, சீழ்சரும அழற்சி, மற்றும் பல கீழ்நிலைகள் கொண்ட நபர்களை உள்ளே அனுமதிக்கக் கூடாது. அது போன்றே, கீழ்கொண்ட காயங்கள் கொண்டவர்களையும், தொற்று நோயாளிகளுடன் பழகியவர்களையும், உள்ளே அனுமதிக்கக் கூடாது. எக்ஸீமா, சீழ்கட்டிகள், அரிப்புக் கீற்றுகள், பிளவுகள் ஆகியவற்றால் கைகள் பாதிக்கப்பட்ட போது, அவர்களை பேறுகால மருத்துவமனையிலிருந்து நீக்கிவிட வேண்டும்.

கர்ப்பிணிகளையும், சிசுக்களையும் பராமரிக்கும் மருத்துவ ஊழியர்கள், கிருமிகள் கடத்திகளாக இருக்கிறார்களா எனப்பரிசோதிக்க வேண்டும். திட்டமிட்டு, அவர்களதுகைகள், வாய், மூக்கு ஆகியவை பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். நோயூக்கும் கிருமிகளைக் கடத்துபவர்களை பேறுகால மருத்துவ மனைகளில் சேர்க்கக் கூடாது.

பணிகளைத் துவக்கும் முன்னர், மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் ஊழியர்கள், துளிக்குளியலுக்குப் பின்னர், உள்ளாடைகளை மாற்றி, மேலங்கி அணிந்து கொண்டு (லினன், பருத்தி) வர வேண்டும். சட்டைக் கைகளை முழுங்கை வரை மடித்துக் கொண்டால் தான், அடிக்கடி கைகளைக் கழுவவும், தொற்று நீக்கவும் முடியும்.

மேலங்கி நன்கு கொதிக்க வைக்கப்பட்டு, தேய்க்கப்பட வேண்டும். உள்ளே இருக்கும் எல்லாத் துணிகளையும் அது மூட வேண்டும். பிரசவத்தை நடத்தும் போது, பேறுகால டாக்டர் மேலும் ஒரு மேலங்கி அணிந்து கொண்டு அதன் மேல் எண்ணை துணி மேலங்கியை அணிய வேண்டும்.

கைக்குட்டை, தலையின் ரோமம் பூராவையும் மூட வேண்டும். பிரசவ அறையிலும், சிசுக்களின் அறைகளிலும் பணிபுரியும் போது மருத்துவ ஊழியர்கள், கட்டாயமாக தங்களது வாயையும், மூக்கையும் முகமூடி கொண்டு மூட வேண்டும். முகமூடியைச் சரியாக அணிந்து கொண்டால் எச்சில் துளி மூலம், கர்ப்பிணிகளும் புதிய சிசுக்களும், பாதிக்கப்படுவதைத் தவிர்க்கலாம். ஏனெனில் வெளிப்படும் நுண்கிருமிகள், முகமூடியால் தடுக்கப்படும். அடர்த்தியான, வெள்ளைத் துணியால், மூகமூடி (கலிகோ, லினன்) நெய்யப்பட்டு இருக்க வேண்டும். 3—4 மடிப்புகள் கொண்ட வலைத்துணியாலும் முகமூடி இருக்கலாம். விரைவிலேயே, முகமூடி, நுண்கிருமிகளால் நிறைந்து விடலாம். அதன் கிரகிப்பு சக்தியும் குறைந்து விடும். ஆகவே முகமூடியை, இரண்டு தடவை மாற்ற வேண்டும். பயன்படுத்தப்பட்ட முகமூடிகளை,ஒரு தனியான பெட்டியில் சேகரித்து. கழுவப்பட்டு, கொதிக்கும் தண்ணீரால் தொற்று நீக்கப்படலாம். நீராவிக்கலன் கொண்டும் சுத்தம் செய்யலாம்.

மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் சுகாதாரம்

கட்டிடம் அப்பழுக்கற்ற சுத்தத்துடன் இருக்க வேண்டும். வருடத்திற்கு ஒரு தடவை பராமரிப்பு வேலைகள் நடக்க வேண்டும். எல்லாக் கூடங்கள், இடைவழிகள், சுறுக்குப் பாதைகள், சிறுநீர் கழிப்பிடங்கள், உபரி அறைகள் அனைத்தும் ஈரமான துணி கொண்டு துடைக்கப்பட்டு, தினமும் இரண்டு வேளை காற்றோட்டத்திற்கு உட்படுத்த வேண்டும். பிரசவ, மற்றும் சிசுக்களின் அறைகளின் காற்று, நுண்ணுயிர் இயல்படி, அடிக்கடி பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பிரசவ அறை, பிரசவமுன் அறை, கர்ப்பிணிகளுக்கும் சிசுக்களுக்குமான அறைகள் எல்லாமே 7—10 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை சுத்தமாகக் கழுவப்பட வேண்டும். கூடங்களும் காற்றோட்டமுடைதாக இருக்க வேண்டும். சாளரங்கள், தரைகள், சுவர்கள் ஆகியவற்றிற்கு எண்ணை பூச்சு அளிக்க வேண்டும். தட்டு முட்டுச் சாமான்களும், கட்டில்களும் சோப் தண்ணீர் கொண்டு கழுவப்பட வேண்டும். படுக்கைகளில் நல்ல விரிப்புகள்,

லினன், கம்பளிகள் இருக்க வேண்டும். பாதரசகுவார்ட்ஸ் விளக்கு கொண்டு, சுவர்களுக்கும் தட்டுமுட்டுச் சாமான் களுக்கும் கதிர் வீச்சு அளிக்க வேண் டும். இதன் மூலம், கர்ப்பிணி, பிரச வித்த பெண், சிசு ஆகியோர் தொடர்பு கொள்ளக் கூடிய பொருட்களும் தொற்று நீக்கப்படுகின்றன.

பிரசவப்படுக்கையில், எண்ணைத் துணி கொண்ட மெல்லிய விரிப்புகள் இருக்க வேண்டும். இத்துடன் சுத்த மான லினனும் இருக்க வேண்டும். எண் ணைத் துணியை நன்கு கழுவி, தொற்று நீக்க வேண்டும். பிரசவத்தின் போது சுத்தமான லினனை படுக்கையில் விரிக்க வேண்டும்.

பிரசவபின் அறைகள், கீழ்க் கண்ட வாறு சுத்தம் செய்யப்படுகின்றன. பிர சவத்தின் பின் தாய் மருத்துவமனையி லிருந்து விடுவிக்கப்பட்ட பின்னர், கட் டில், மெத்தை, தலையணை, கம்பளி நன்கு கழுவப்பட்டு 12—24 மணிகள் காற்றோட்டம் உள்ள இடத்தில் வைக் கப்பட்டு பின்னர் சூரிய கிரணங்கள் படும்படி வைக்க வேண்டும். முந்தைய நோயாளிக்கு காய்ச்சல் இருந்திருந் தால் மெத்தை, தலையணை, கம்பளி எல்லாமே தொற்று நீக்கப்பட வேண் டும். எண்ணைத் துணியை சோப்பும் சுடு தண்ணீரும் கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும். பின்னர் கரோசிவ் சப்ளிமேட்டோ, லைசோபார்மோ, குளேரமைனே கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

உபயோகிக்கப்பட்ட லினன், உள் ளாடை, துண்டுகள், கைக்குட்டைகள் ஆகியவற்றை தனியான பெட்டியில் தனியான அறையில் சேகரிக்கப்பட்டு, நீராவி கொண்டு சலவை செய்யப்பட வேண்டும். மகப்பேறு மருத்துவ மனையில் லினினை தனியாகவே நீராவி சலவை செய்ய வேண்டும். தொற்றிலிருந்து முன்காப்பாக, மற்ற மருத்துவ மனைக ளின் துணிகளோடு சேர்த்து சலவை செய்யக் கூடாது. லினனைக் கொதிக்க வைத்து, தேய்த்து, தனி அறைகளில் வைக்கப்பட வேண்டும். தொற்று நீக் கப்பட்ட பொருட்கள், தனியான வட்டு ருளைகளில் வைக்கப்படுகின்றன. படுக் கை லினனும், உள்ளாடையும், அடிக் கடி மாற்றப்பட வேண்டும், கைக்குட் டைகளையும் தினமும் இரண்டு வேளை மாற்ற வேண்டும். அடியில் உள்ள எண் ணை துணியும் தினமும் 2—3 தடவை கள் மாற்றப்பட வேண்டும். சுடுநீர், சோப், பிரஷ் கொண்டு எண்ணைத் துணி கழுவப்பட்டு, கிருமி நாசினிக் கரையத்தில்(சப்ளிமேட்,லைசோபார்ம், குளோரமைன்) தோய்க்கப்பட்டு, உலர்த்தப்பட்டு, சுத்தமான பையில் வைக்கப்பட வேண்டும்.

படுக்கை மலக்கலத்தின் தொற்று நீக்கு, பிரசவபின் நோய்களைத் தடுப் பதில், முக்கியமானது. ஒவ்வொரு கர்ப் பிணிக்கும், பிரசவித்த ஒவ்வொரு பெண்ணுக்கும் தனித்தனியான மலக்க லங்கள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். மலக் கலங்கள், தண்ணீரால் கழுவப்பட்டு, தனியான தொட்டியில் கொதிக்க வைக் கப்பட்டு (10—15 நிமிடங்களுக்கு), பின்னர் ஒரு சுத்தமான பையில் வைக் கப்படுகின்றன. உபயோகப்படுத்தப் பட்ட பின்னர் ஒவ்வொரு தடவையும், தண்ணீரால் கழுவப்பட்டு, கிருமி நாசினி திரவத்தில் (குளோரமைன், லைசோபார்ம்) தோய்த்து, கட்டிலின் அடியில் வைக்க வேண்டும். கிருமித் தொற்றைத் தவிர்க்க வேண்டும். என்ற கருத்தை மையமாகக் கொண்டு, எல்லா முன் கவனிப்புகளும் செய்யப்பட வேண் டும்.

நோய்களைத் தவிர்க்க கர்ப்பிணியைத் தனிமைப்படுத்துவதும், முக்கியமான வழியாகும். கர்ப்பிணிக்கு நோயின் துவக்க அறிகுறிகள் (காய்ச்சல், சீழ்சருமநோய், கழலைகள், இன்புளுயென்சா முதலியன) தோன்றியவுடன், மருத்துவமனையின் மற்ற பகுதிக்கு மாற்றப்பட வேண்டும்; அல்லது தனியான அறைக்கு மாற்றப்படலாம்.

தொற்றுகளின் முன்காப்புக்காக, கர்ப்பினியின் உறவினர் யாரும் மருத்துவ மனையினுள் அனுமதிக்கப்படகூடாது.

மேற்கூறிய முன்காப்பு முறைகள் தவிர, சிசுவின் நலம் கருதியும், பிரசவபின் கட்டம் ஒழுங்காக இருக்கவும், தொற்றற்ற, தொற்று எதிர் முறைகளின் முக்கியத்துவம் பற்றி கர்ப்பிணிக்கு அறிவுரைகள் வழங்க வேண்டும்.

பேறுகால நிறுவனங்களில் முன்காப்பு

மருத்துவ—முன்காப்புத் தேவைகளைக் கருத்தில்கொண்டு, கர்ப்பிணி மற்றும் பிரசவித்த பெண், மகளிர் நோய் கொண்ட பெண்கள் ஆகியோரின் பராமரிப்பு நடைபெற வேண்டும்.

பெண்ணின் நரம்பு மண்டலத்தின் மீது சாதகமான விளைவுகள் உண்டாகும் படியும், வேண்டாத உளஞ்சார்ந்த விளைவுகளையும், தீர்சூலைந்த மனோ நிலையையும் அகற்றவும், சிறப்பு வழி முறைகள் உள்ளன. பெண்ணுக்கும் மருத்துவ ஊழியங்களுக்கிடையேயாக சுமுக உறவும், பிரசவம் அல்லது வியாதி நல்ல நிலையில் முடிவு பெறும் என்ற எண்ணத்தை ஊக்குவிப்பதும், மருத்துவ—முன்காப்பு முறைகளில் அடங்கும். மகப்பேறு நிபுணர்களின் தொழில் சார்ந்த திறமையைப் பொறுத்து, மருத்துவ—முன்காப்பு முறைகளின் வெற்றி அமைகிறது. மருத்துவமனையின் தோற்றம், எல்லா அறைகளின் சுத்தம், சுற்றுப்புறப் பகுதிகளின் சுத்தம் ஆகியவையும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததாகும். பேறுகால நிறுவனங்களில் பெண்களுக்கான சேவை திட்டமிட்டு அமைக்கப்பட்டிருப்பதைப் பொறுத்து மருத்துவ-முன்காப்பு முறைகள் அமைகின்றன. முதன் முதலாக டாக்டரைப் பார்க்க வந்த நாளிலிருந்து இறுதி வரை (பிறக்கப் போகும் சிசு உள்ளிட்டு) தன்னை இந்த நிறுவனம் பாதுகாக்கும் என்ற நம்பிக்கை பெண்ணுக்கு உண்டாக வேண்டும்.

மகப்பேறு மருத்துவ ஊழியர்கள் திறமையாகவும், அன்புடனும் இருக்க வேண்டும். பொதுப்படையான மற்றும் சிறப்புப் பரிசோதனைகள் எல்லாமே கவனத்துடனும், முழுமையாகவும் செய்யப்பட வேண்டும். பெண்ணின் சுயசுகாதாரம், உணவு, வாழ்க்கையின் மற்ற அம்சங்கள் ஆகியவை பற்றி அறிவுரை தெளிவாகவும், பச்சாதாபத்துடனும் இருக்க வேண்டும். மகளிர் நோய்கள் அல்லது கர்ப்பத்தின் போதான சிக்கல்கள் பற்றி பெண்ணிடம் கூறும் போது மிகவும் அனுதாபத்துடன் இருக்க வேண்டும், அவர் தனது கருத்தை புத்திசாலித்தனமாக வெளியிட்டு, ஒரு சிறப்பு மருத்துவரை கலந்தாலோசிக்க வேண்டிய அவசியத்தையும் உணர்த்துவார். இது தவிர, நோயாளிக்கு ஆபத்து எதுவும் இல்லை என்றும், கர்ப்பமோ நோயோ நல்லபடியாகவே முடியும் எனவும் நம்பிக்கையூட்ட வேண்டும்.

புறநோயாளிப் பரிசோதனையும், மேற்பார்வையும் நல்ல பலனளிக்கின்றன.

மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் மற்ற

ஊழியர்களும் திறமையாகவும், அன்பாகவும் இருக்க வேண்டும். கர்ப்பிணிக்கும், பிரசவித்த பெண்ணுக்கும் உரிய சிகிச்சை அளிப்பது மிகவும் முக்கியமாகும். முன்காப்பின் வெற்றியே, இதில் தான் அடங்கியுள்ளது.

ஊழியர்கள் பணிவுடனும், ஒருவருக்கொருவர் பேசும் போது அமைதியாகவும், அன்பாகவும் இருக்க வேண்டும்.

மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் இயற்சூழ்நிலை, தனது உடல் நலம் பற்றியும், தனது குழந்தையின் நலம் பற்றியும் தாய்க்கு இருக்கும் அச்சத்தை அகற்றக் கூடிய வகையில் இருக்க வேண்டும். அமைதி, ஒழுங்கு, ஊழியர்களின் பணிகளில் வீண் சந்தடி இல்லாமை, ஆகியவை பெண்ணின் நரம்பு மண்டலத்திற்கு தெம்பு தரும். மருத்துவமனையின் நியதிகளின் படி கர்ப்பிணிக்கு, பிரசவித்த தாய்க்கு, தூங்க போதிய அவகாசம் கிடைக்க வேண்டும். இரவுத் தூக்கத்தைத் தவிர, பகலிலும் ஓய்வு எடுக்க வசதி செய்து தர வேண்டும். இது, கர்ப்பிணிகளுக்கு இதலளிக்கும்.

நோயாளிகளின் முன்னிலையில் வேண்டாத பொருட்கள் பற்றி மருத்துவமனை ஊழியர்கள் பேசக் கூடாது. கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவம், அறுவை முதலியவை பற்றி பாதகமாக எதுவும் பேசக் கூடாது.

கர்ப்பிணிக்கு ஏதாவது அறுவை முறை அவசியமிருந்தால், அவளுக்கு தன்னம்பிக்கை ஏற்படும் வகையில், அவளுக்கு கவனத்துடன் அறிவிக்க வேண்டும். தினமும் அவளது சிசுவின் நிலை, பற்றி, பயம் எதுவும் ஏற்படாத வகையில், அவளுக்கு அறிவிக்க வேண்டும்.

குழந்தை பிறப்புக்குப் பின்னர், சிறப்பு உடற்பயிற்சிகள் மிகவும் முக்கியமாகும். இதன் மூலம் நரம்பு மண்டலம் உள்ளிட்ட பெண்ணின் முழுமையான உடல் வலுவடைகிறது.

மகப்பேறு மருத்துவ மனையில், சுகாதாரக் கல்வியும் முன்காப்பு முறைகளில் முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததாகும். சுய சுகாதாரம், சமூகசுகாதாரம், உணவு பத்திய பரிந்துரைப்புகள், பாலூட்டும் நியதிகள், சிசுவின் பராமரிப்பு ஆகியவை பற்றிய தேவையான விபரங்களை பெண்ணுக்கு அளிக்க வேண்டும்.

மகப்பேறு நிபுணர், முன்காப்பு முறைகள் பற்றி மட்டும் இல்லாமல் பெண்ணின் சமூக சட்டரீதியான நலம் பற்றியும் குறிப்பாக மணமாகாத கர்ப்பிணிகள், பல குழவியை ஈன்ற பெண் ஆகியோரின் மன உளைச்சலைத் தீர்க்கவும் ஆவன செய்ய வேண்டும்.

அத்தியாயம் 8

பிரசவமும், குழந்தை பிறப்பும்

பிறப்புப் பாதை வழியாக கருப்பையிலிருந்து, சிசுவும் நஞ்சுக் கொடி வெளியேற்றப்படும், உடலியங்கு நிகழ்வே பிரசவமாகும். பொதுவாக 280 நாட்கள் (10 மாதங்கள் அல்லது 40 வாரங்கள்) கர்ப்ப காலத்திற்குப் பின்னர், பிரசவம் துவங்குகிறது. இதற்குள் சிசுவும் முதிர்ச்சியடைந்து, கருப்பைக்கு வெளியே வாழ முடியும்.

பிரசவத்தின் காரணம்

பிரசவம் துவங்குவதற்கான காரணங்கள் பற்றி பல கோட்பாடுகள் உள்ளன. கர்ப்ப காலம் முடிந்தவுடன், நஞ்சுக் கொடி நசிந்து விடுகிறது; இதனால் தாய்க்கும் சேய்க்கும் இடையேயான தொடர்பு துண்டிக்கப்படுவதால் பிரசவம் துவங்குகிறது. என சிலர் நம்புகின்றனர். கர்ப்பத்தின் இறுதியில் கருப்பை பெரிதாகி விடுகிறது. மேலும் தாயின் உடலில் சில சிறப்பான பொருட்கள் உற்பத்தியாவதால், திடீர் ஒவ்வாமை வகை பிரதிவினைகள் தோன்றுகின்றன. இவை அனைத்தும் பிரசவம் துவங்குவதற்குக் காரணமாக இருக்கலாம் என நம்பப்படுகிறது.

ஏற்கனவே வெளியிடப்பட்ட பல கோட்பாடுகள் ஊர்ஜிதம் செய்யப்படவில்லை.

பிரசவம் மிகவும் சிக்கலான ஒன்றாக இருப்பதால், அதன் காரணங்களும் தெரியாமலே இருக்கின்றன. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் தோன்றும் சில மாற்றங்களின் கூட்டு விளையால் பிரசவம் தூண்டப்படுகிறது என, தற்போது, நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது. இந்தக் காலத்தில், பெருமூளைப்புறணியின் கிளர்த்தல் தன்மை குறைவதுடன், தண்டு வடத்தி கிளர்த்தல் தன்மை அதிகரிக்கிறது. இதைத் தொடர்ந்து, கருப்பையின் தசைகள் மற்றும் நரம்பு இழைகள் ஆகியவற்றின் கிளர்த்தல் தன்மை அதிகரிக்கிறது. ஆக, மற்றும் புறபரவல் தன்மையின் யாந்திரீக, வேதியிய தூண்டல்களுக்கு, கருப்பை கூருணர்வு கொண்டுள்ளது. கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் கருப்பையில் அம்னியாடிக் திரவம் தேங்கும் விகிதத்தை விட சிசு வளர்ச்சியின் விகிதம் அதிகமாக உள்ளது. ஆகவே சிசுவின் பாகங்கள், துவக்க கால மாதங்களை விட, கருப்பைச் சுவர்களின் அருகே காணப்படுகின்றன. தோன்றும் பகுதி கீழிறங்கி, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியிலுள்ள நரம்புப் பிணையங்கள் மீதும், உட்துவார மட்டத்தில் உள்ள கருப்பையைச் சுற்றியுள்ள இணைப்புத்திசு மீதும் வினை புரிகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில், கருப்பையின் நரம்பு இழைகளைத் தூண்டும் வேதியியப் பொருட்களின் உற்பத்தி அதிகரித்து, கருப்பையின் விறைப்புத் தன்மையும், அதன் சுருங்கு தன்மையும் அதிகரிக்கிறது.

கர்ப்பத்தின் கடைசி மாதங்களில், குறிப்பாக பிரசவம் துவங்கும் போது, ஈஸ்ட்ரோஜன் உற்பத்தி அதிகரித்து, கருப்பையின் விறைப்புத் தன்மையும், அதன் சுருக்கத்தை ஊக்குவிக்கும் பொருட்களுக்கான கூருணர்வும் முனைப் படைகிறது. அதே போது, கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மையை மட்டுப்படுத்தும் புரோஜஸ்டிரானின் அளவு குறைகிறது.

பின்புறப் பிட்யூட்டரியின் ஹார்மோனான ஆக்ஸிடோசினின் வினை முனைப் படைகிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதியில் அதன் உற்பத்தி அதிகரித்து, கருப்பையின் கிளர்த்தல் தன்மையும் அதிகரிக்கிறது. கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மையை ஊக்குவிக்கும் சிறந்த முகவம் ஆக்ஸிடோசின் என்பது தெரிந்ததே.

கர்ப்பத்தின் இறுதி மாதங்களில் அசிடைல்கோலினும், மற்றும் உயிரியல் சார்ந்த சக்தி வாய்ந்த பொருட்களும் பெருமளவில் உற்பத்தி செய்யப்படுகின்றன. ஆக்ஸிடோசின் போன்றே இவையும் கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மையைப் பேணி, துரிதப்படுத்துகிறது.

இர்த்தத்திலும், கருப்பைத் தசைகளிலும் காணப்படும் அதிகமான கால்சியத்தால், கருப்பையின் இயக்கப் பணி செறிவடைகிறது. கருப்பையின் சுருக்கத்தை மட்டுபடுத்தும் மக்னீசிய உப்புக்களின் அளவு, பிரசவத்தின் முன்பு குறைகிறது. அக்டோமைசீன், கிளைகோஜன், பாஸ்போகிரியாடினின், குளுடாதயோன் ஆகியபொருட்கள் கருப்பைத் தசைகளில் சேகரமடைவதால் கர்ப்பத்தின் இறுதியில் கருப்பையின் கிளர்த்தலும், சுருங்களும் அதிகரிக்கிறது.

சுருங்கக் கூறும் போது, கர்ப்பத்தின் இறுதி வாரங்களில் ஒருபுறம் கருப்பையின் கிளர்த்தல் அதிகரிப்பதுடன், மற்றொரு புறம் யாந்திரீக, வேதியியத் தூண்டல்கள் (சிசுவின் அசைவு, தலையின் கீழிறக்கம், அசிடைல்கோலின், பிட்யூட்டரினின் அதிகமான சுரப்பு இன்ன பிற) அதிகரித்து, கருப்பையின் நரம்பு இழைகள் மீது விளைபுரிகிறது.

கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மை மீது, புரோஸ்டாகிளாண்டின், மற்றும் கைனின் போன்ற உயிர் இயல் சார்ந்த சக்தி வாய்ந்த பொருட்கள், விளைவை உண்டாக்குகின்றன.

கருப்பையின் கிளர்த்தலும், தூண்டலின் வலுவும் ஒரு கட்டத்தை அடைந்தவுடன், முறையான பிரசவப்பணி துவங்குகிறது. அனிச்சை வழிகளால் தூண்டப்பட்ட, சிக்கலான நிகழ்வான பிரசவம், நரம்பு மண்டலத்தால் கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது. கருப்பையின் ஒவ்வொரு சுருக்கமும் அதன் நரம்பு இழைகளைத் தூண்டுகிறது. இதைத் தொடர்ந்து சுரக்கப்படும், உயிரியல் சார்ந்த சக்தி வாய்ந்த பொருட்களான அசிடைல்கோலின், சிம்பதின் ஒரு புதிய சுருக்கத்தைத் தோற்றுவிக்கிறது. பிரசவம் முடியும் வரை, இந்த நிகழ்வுகள் தொடர்ந்து நடைபெறுகின்றன.

முன்னோடிகளும், பிரசவத் துவக்கமும்

பிரசவத்தின் துவக்கம் நெருங்கும் போது முன்னோடிகள் போன்ற சில அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன:

1) கர்ப்பத்தின் இறுதியில் (பொதுவாக பிரசவத்திற்கு 2—3 வாரங்களுக்கு முன்னர்) கருப்பையின் உச்சி முன்புறமாகச் சாய்வதால், உதரவிதானத்தின் மீதான அழுத்தம் குறைகிறது. பெண் எளிதாக சுவாசிக்கத் துவங்குகிறாள்.

2) தோன்றும் பகுதி கீழிறங்குகிறது. சிசுவின் தலை, கூபக நுழைவாயிலை

நெருங்கி இருக்கிறது, அல்லது அதன் சிறிய பகுதியில் நிலைபெறுகிறது. (தலைச்சுலியில்)

3) பிரசவம் துவங்கும் முன், கருப்பைக் கழுத்து ''முதிர்ச்சியடைந்ததற்கான'' அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. கூபகத்தின் இருசை ஒட்டி நிலைபெறுகிறது. மிகவும் மெல்லியதாகி, குட்டையாகவும் உள்ளது. தலைப்பிரசவமாக இல்லாதிருந்தால், கழுத்து உட்கால்வாயினுள் ஒரு விரலை நுழைக்க முடியும். இதைத் தொடர்ந்து, பிரசவத்தின் போது, கழுத்து சுருங்கி, சமநிலையடைந்து, விரிவடைகிறது.

4) பிரசவம் துவங்கும் முன்னர், கட்டியானபாகு போன்ற சுரப்பு கருப்பைக் கழுத்திலிருந்து வெளிப்படுகிறது.

5) கர்ப்பத்தின் இறுதியில் கருப்பையின் சுருக்கங்களைப் பல பெண்கள் உணருகிறார்கள். பிரசவம் துவங்கும் முன், திரிகப் பகுதியிலும், கீழ் வயிற்றிலும், மந்தமான ஒரு வலியை உணருகின்றனர்.

6) அடிக்கடி உடலின் எடை அளவிடப்பட்டிருந்தால், பிரசவம் துவங்கும் முன்னர், பெண்ணின் எடை சிறிது குறைகிறது. உடலிலிருந்து, திரவங்கள் மிகையாக வெளிப்படுவதால், இந்த மாற்றம் காணப்படுகிறது.

கருக்கையில் சீரற்ற சுருக்கங்களும், யோனியிலிருந்து சளிச்சுரப்பு வெளிப்படுவதும், பிரசவம் துவங்கப் போவதற்கான தெளிவான அறிகுறிகளாகும். கருப்பைத் தசைகளின் முறையான சுருக்கங்கள்—வலிகள் எனப்படுகின்றன—தோன்றுவதுடன் பிரசவம் துவங்குகிறது. 10—15 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை ''வலிகள்'' தோன்றுகின்றன. போகப்போக அதன் வலுவும் துரிதமும் அதிகரிக்கிறது.

இரண்டாவது நேர்மறையான அறிகுறி என்னவெனில் கருப்பைக் கழுத்து உருமறைவாதாகும்.

பிரசவத் துவக்கத்திலிருந்து, அதன் இறுதிவரை உள்ள பெண்ணை பிரசவிக்கும் பெண் என்கிறோம்.

பிரசவத்தின் விசைகள்

பிரசவத்தின் விசைகள் (வலிமைகள்) ஆவன: 1) கருப்பைத் தசையின் லயமான சுருக்கங்கள் 2) பெண்ணின் வயிற்றுத் தசையின் சுருங்கங்கள்.

கருப்பைத் தசையின் சுருக்கங்கள் தான், பிரசவத்தின் பிரதான வலிமை ஆகும். கருப்பையின் கழுத்து உருவற்று விரிவது, கருப்பையிலிருந்து சிசுவும், நஞ்சுக்கொடியும் வெளிப்பட தேவையாக இருக்கிறது.

கழுத்து உருவற்று விரிவடைந்தவுடன், கருப்பைச் சுருக்கங்களின் வலுவை ஊக்குவிக்க, வயிற்றுத் தசைகளின் சுருக்கம் தோன்றுகிறது. ஆகவே கருப்பையின் சுருக்கங்களும், வயிற்றுத் தசைகளின் சுருங்கங்களும் ஒன்று சேர்ந்து செயல்படும் போது, சிசு வெளிப்படுவது எளிதாகிறது. கருப்பைத் தசையின் சுருக்கங்களால் கருப்பைச் சுவர்களிலிருந்து நஞ்சுக்கொடி பிரிந்து வெளியேற்றப்படுகிறது. (பிரசவத்தின் நஞ்சுக் கொடி கட்டம்) இறுதியாக, சிசு பிறந்ததைத் தொடர்ந்து. ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்கு கருப்பைத் தசைகள் லயத்துடன் சுருங்குகின்றன. (பிரசவ பின், வலிகள்)

கருப்பையின் சுருக்கங்கள் தானாகவே உண்டாகின்றன. பெண், தனது இச்சைப்படி அதைக் கட்டுப்படுத்த முடியாது. ஒரே சீரான இடைவெளிகளுடன், சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. கருப்பையின் சுருக்கங்கள், பொதுவாக, வலியுடனேயே உள்ளன. அகவய

நோக்கில், வலிகள், பெண்களில் வேறு படுகின்றன.

கருப்பையின் உச்சியிலும், கருவகக் குழல் கோணங்களிலும், சுருக்கங்கள் துவங்கி, கருப்பையின் தசைகள் பூராவும் பரவி, கீழ்பகுதி வரை செல்கிறது. கீழ்ப்பகுதியில் மெல்லிய தசை இழைகள் குறைவாக இருப்பதால், அது, பிரசவத்தின் போது நன்கு விரிந்து மெல்லியதாகின்றது.

ஒரு குறிப்பிட்ட கிரமப்படி, பிரசவ வலி துவங்குகிறது. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் படிப்படியாக அதிகரித்து உச்ச கட்டத்தை அடைகின்றன. அதைத் தொடர்ந்து தசைகள் விரிவடைகின்றன. பின்னர் ஒரு இடைவெளி, கைகொண்டு பரிசோதிக்கும் போது, மகப்பேறு நிபுணர், கருப்பைத் தசைகள் சுருங்கி தடினமடைவதையும், பின்னர் விரிவடைவதையும், உணருகிறார்.

முதலில் சுருக்கங்கள் 10—15 வினோடிகளே நீடிக்கின்றன. பின்னர் பிரசவத்தின் இறுதியில் 1 நிமிடம் வரை நீடிக்கிறது. பிரசவத்தின் துவக்கக் கட்டத்தில் 10—15—20 நிமிடங்கள் இடைவெளியில் சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன, இந்த இடைவெளி படிப்படியாகக் குறைந்து 2—3 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவை சுருக்கம் உண்டாகிறது.

பிரசவ வலிமையின் இரண்டாவது பிரிவு, உதரவிதானம், மற்றும் வரிகொண்ட தசைகளின் சுருக்கங்களாகும். கழுத்தின் நரம்பிழைகள் மற்றும் கருப்பையைச் சுற்றியுள்ள இணைப்புத்திசு, கூபகதளத்தின் தசைகள் ஆகியவற்றின் நரம்பிழைகள், தோன்றும் பகுதியால் கிளர்த்தப்படுவதால், அனிச்சை இயக்கமுறை தோன்றுகிறது. சுருக்கங்கள், கட்டுப்படாதவையாகும். ஆனால் பிரசவிப்பி, ஓரளவுக்கு அதைக் கட்டுப்படுத்த முடியும். பிரசவத்தை மேற்பார்வையிடும் மகப்பேறு நிபுணரின் வேண்டுகோளின்படி, வயிற்றுத் தசைக் சுருக்கங்களை கூட்டவோ, குறைக்கவோ, பிரசவிப்பியால் முடியும்.

கருப்பை உள், மற்றும் வயிற்றுள் அழுத்தம் அதிகரிப்பதால் (கருப்பை, வயிற்றுத் தசைச் சுருக்கங்கள்) கருப்பை உள்ளடக்கங்கள், குறைந்த எதிர்ப்புள்ள பகுதி நோக்கி, அதாவது சிறிய கூபகம் நோக்கி, தள்ளப்படுகின்றன.

பிரசவத்தின் கட்டங்கள்

பிரசவத்தின் மூன்று கட்டங்கள் பிரித்தறியப்படுகின்றன: — கருப்பைக் கழுத்து விரிவடையும் (உருமறைந்த) கட்டம், சிசு வெளியேற்றம், பிரசவ பின்கட்டம்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் கருப்பையின் லயமான சுருக்கங்களுடன் துவங்கி, கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைவதுடன் முடிகிறது. இரண்டாவது கட்டம், கழுத்து விரிவடைவதில் துவங்கி சிசு வெளியேற்றத்துடன் முடிகிறது.

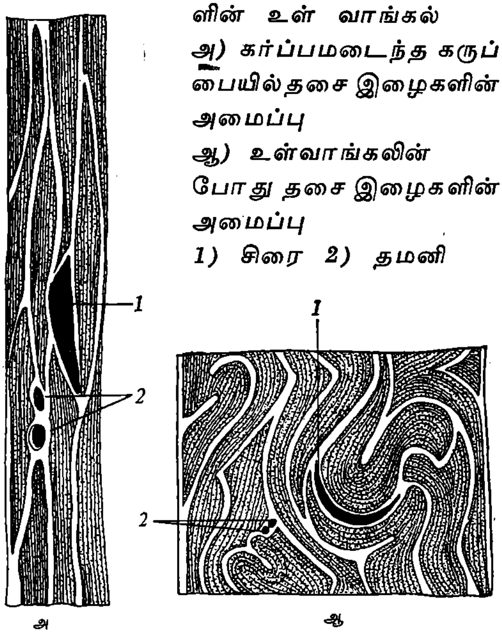
மூன்றாவது கட்டம், சிசு வெளியேற்றத்துடன் துவங்கி, நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படலுடன் முடிகிறது.

விரிவடைவு நிலை

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், கருப்பையின் கழுத்து, உருமறைகிறது; கழுத்து உட்கால்வாயின் புறத்துவாரம் நன்கு விரிவடைந்து, கருப்பையிலிருந்து சிசு வெளிப்பட உதவுகிறது. கருப்பையின் சுருக்கங்களால், கழுத்து உருமறைந்து விரிவடைகிறது. கருப்பையின் சுருக்கங்களின் போது கீழ்க்கண்ட நிகழ்வுகள் நடைபெறுகின்றன:—

1) தசைகளின் முழுமையான சுருக்கம்

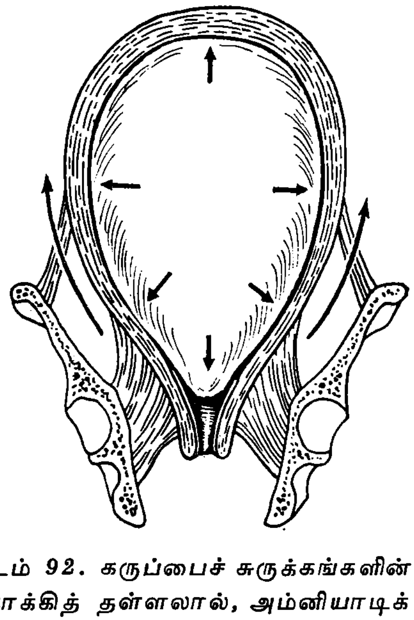
2) சுருங்கிய தசை இழைகள் இடம் பெயர்கின்றன. உள்வாங்குதல் நிகழ்கிறது. (படம் 91)



படம் 91. தசை இழைகளின் உள் வாங்கல்
அ) கர்ப்பமடைந்த கருப்பையில்தசை இழைகளின் அமைப்பு
ஆ) உள்வாங்கலின் போது தசை இழைகளின் அமைப்பு
1) சிரை 2) தமனி

பிரசவம் துவங்கு முன்னர், தசை இழைகள், ஒன்றின் பக்கம் ஒன்றாக, அமைந்துள்ளன. ஆனால் சுருப்பையின் சுருக்கங்களின் போது, அவை குறுகலடைந்து, அவற்றின் அமைப்பு சீர்குலைகிறது. சுருக்கங்களின் இடைவெளியின் போது, புதிய அமைப்பைப் பேணுகின்றன. கருப்பைத் தசைகளின் ஒவ்வொரு புதிய சுருக்கமும், தசை இழைகளின் உள்வாங்கலை ஊக்குவித்து கருப்பையின் சுவர்களை பருமனடையச் செய்கின்றன (பிராகிஸ்டேசிஸ்); கழுத்தை உருமறையச் செய்கின்றன; கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியை மெல்லிய தாக்குகின்றன (மீசிஸ்டேசிஸ்); வெளித்துவாரத்தை விரிவடையச் செய்கிறது. கருப்பை உடலின் நீளவாட்ட தசை இழைகள், வட்டத்தசை இழைகளை மேல் நோக்கியும், பக்கவாட்டிலும் இழுக்கின்றன. (கழுத்தின் உள் வாங்கல்) கருப்பையின் அடுத்த ஒவ்வொரு சுருக்கமும், கழுத்து உட்கால் வாயின் விரிவு நிலையை அதிகரிக்கிறது. கருப்பைக் கழுத்தின் மீது அம்னியாடிக் திரவத்தின் அழுத்தத்தாலும், கழுத்து விரிவடைகிறது.

கருப்பைத் தசைகளின் ஒவ்வொரு சுருக்கமும், கருவையும் அம்னியாடிக் திரவத்தையும் அழுத்துகிறது. கருப்பையின் உச்சியும், சுவர்களும், சரிசமமாக திரவங்களை அழுத்துவதால், கருவும், அம்னியாடிக் திரவமும், அழுத்தமே இல்லாத, உட்புறத்துவாரம் நோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. (படம் 92) அம்னியாடிக் திரவத்தின் அழுத்தத்தால், கருவின் கீழ்துருவம், கருப்பைச் சுவர்களில் இருந்து பிரிந்து,



படம் 92. கருப்பைச் சுருக்கங்களின் கீழ் நோக்கித் தள்ளலால், அம்னியாடிக் திரவம் கொண்ட படலங்கள், கழுத்து உட்கால்வாயினுட் சென்று, நீர்நிலை விரிவாக்கியாகப் பயன்படுகிறது

கழுத்து உட்கால்வாயின் உட்துவாரத்தினுள் தள்ளப்படுகிறது.

கருப்பையின் ஒவ்வொரு சுருக்கமும், சிசுப்படலங்களை, கழுத்தின் மேல் பகுதி நோக்கித் தள்ளுகின்றன.

அ) கருப்பையின் நீளவாட்ட தசை இழைகளின் சுருக்கத்தால், கருப்பைக் கழுத்தின் வட்டத்தசைகள் விரிவடைகின்றன. ஆ) கழுத்தின் மேற்பகுதிக்கு சிசுப்படலங்கள் தள்ளப்படுகின்றன. கழுத்தின் மேற்பகுதி நீர்நிலை சார்ந்த விரிக்கியாக பணிபுரிகிறது. மேற்கூறிய இரண்டு காரணங்களால் கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைகிறது.

கருப்பையின் விரிந்து சுருங்கும் தான், கழுத்து விரிவடைவதற்குப் பிரதானமாக காரணமாகும். கருப்பை உள் அழுத்தம் அதிகரிப்பதற்கும், சிசுப்படலங்கள் விறைப்படைவதற்கும், சிசு கழுத்து உட்துவாரம் நோக்கி செல்வதற்கும், அவை தான் காரணமாகும்.

கருப்பைத் தசைகளின் உள்வாங்கலும், அவை குறுகலடைவதும், கருப்பையை மேல் நோக்கித் தள்ளுகிறது. ஆனால் இந்த அசைவுக்கு எதிராக உருண்டை பந்தகம் பணிபுரிகிறது. உருண்டை மற்றும் கருப்பை திரிக, அகன்ற பந்தகங்கள் ஆகியவை கருப்பை மிகையாக மேல் நோக்கித் தள்ளப்படுவதை எதிர்க்கின்றன. பிரசவப் பெண்ணின் இறுக்கமான உருண்டைப் பந்தகங்களை வயிறு வழியாகத் தொட்டுப் பார்க்கலாம். பந்தகங்களின் எதிர்வினை, சிசு வெளித்தள்ளப்பட, உதவுகிறது.

கருப்பையின் பின்வாங்கல், கழுத்தையும், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியையும் விரியச்செய்கிறது. பின்னதில் இடுக்கியும் கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியும் உள்ளன. கருப்பையின் மேற்ப்பகுதியை ஒப்பிட்டுப் பார்க்கும் போது மெல்லிய சுவர்களும், குறைந்த அளவில் தசை இழைகளும் காணப்படுகின்றன. கீழ்ப் பகுதி, கர்ப்பத்தின் போது விரியத் துவங்குகிறது. மேற்புறப் பகுதித் தசைகளின் பின்வாங்கலாம் பிரசவத்தின் போது, கீழ்ப்பகுதி பெரிதும் விரிவடைகிறது.

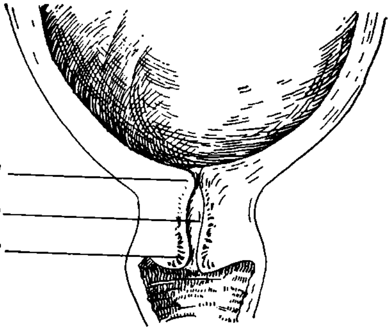
கருப்பைச் சுருக்கங்கள் மிகவும் முனைப்படையும் போது, சுருங்கும் மேற்பகுதிக்கும் விரியும் கீழ்ப்பகுதிக்கும் இடையே ஒரு சுருக்கும் வளையும் (சுருக்கு அல்லது பேண்டலின் வளையம்) உருவாகிறது.

சிசுப்படலங்கள் உடைந்த பின்னரும், திரவங்கள் வெளிப்பட்ட பின்னரும் சுருக்கு வளையம் உருவாகிறது. குறுக்குப் பட்டை வடிவம் கொண்ட இந்த வளையத்தை, வயிற்றுச் சுவர் மூலம் தொட்டறியலாம்.

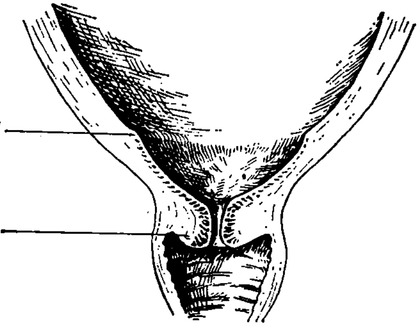
கருப்பைக் கழுத்தின் உருமறைவும், விரிவும், தலைச்சூலியிலும், பலமகவை ஈன்ற பெண்ணிலும் மாறுபடுகின்றன.

தலைச்சூலியில், உட்துவாரம் முதலில் விரிந்து, கழுத்து உட்கால்வாய் படிப்படியாக விரிவடைந்து, கீழ் நோக்கிக் குறுகலடையும் ஒரு பெய்குழல் போல ஆகிறது. (படம் 93, 94) கழுத்து உட்கால்வாய் விரிவடையும் போது, அது குறுகி, சமமடைகிறது. (உருமறைவு) புறந்துவாரத்தின் விளிம்புகள் மெல்லியதாகி விரிவடைந்துள்ளன. புறத்துவாரம் திறக்கத் துவங்குகிறது. (படம் 95, 96)

பல மகவு ஈன்ற பெண்ணில், கர்ப்பத்தின் இறுதியில் புறத்துவாரம் சிறிதே திறந்துள்ளது. (படம் 97) ஒரு விரல் நுனி உள்ளே நுழைகிறது. விரிவு நிலையில் புறத்துவாரமும், உட்துவாரமும் ஒரே சமயத்தில் விரிவடைந்து, கழுத்தின் உருமறைவும் நிகழ்கிறது. (படம் 98, 99)

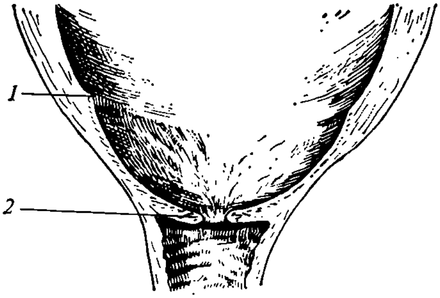


படம் 93. பிரசவம் துவங்கும் முன்னர், தலைச் சூலியின் கருப்பைக் கழுத்து
1) உட்துவாரம் மூடியுள்ளது
2) கழுத்து உட்கால்வாய்
3) புறத்துவாரம் மூடியுள்ளது.

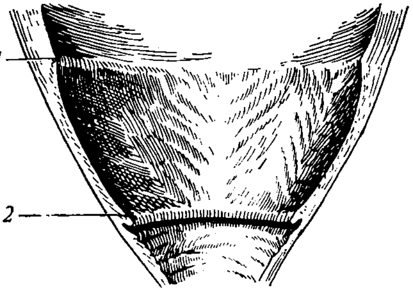


படம் 94.விரிவடையும் நிலையில் தலைச் சூலியின் கருப்பைக் கழுத்து. உருமறைவு.
1) முந்தைய உட்துவாரம்
2) புறத்துவாரம் மூடியுள்ளது

துவாரம் படிப்படியாகத் திறக்கிறது. முதலில் ஒரு விரல் உள்ளே நுழைய முடிகிறது. பின்னர் இரண்டு விரல்களின் நுனிகள் (3-4 செ.மீ). துவாரம் திறக்கத் துவங்கியதும் அதன் விளிம்புகள் மெல்லியதாகின்றன. விரிவடைந்த கட்டம் முடிந்த பின்னர், அவை ஒரு•குறு

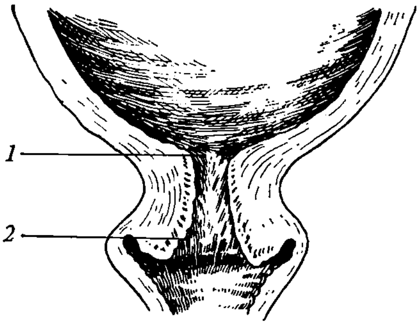


படம் 95. விரிவடையும் போது (உரு மறைந்த) தலைக் சூலியின் கழுத்து.
1) முந்தைய உட்துவாரம்
2) ஒரு விரலை அனுமதிக்கும் புறத்துவாரம்

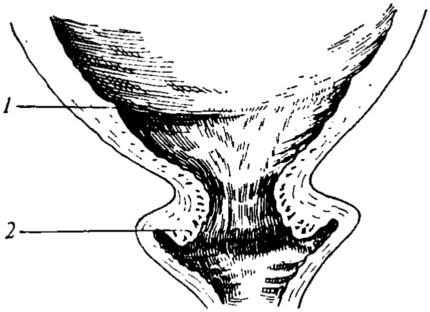


படம் 96. தலைச் சூலியின் கருப்பை கழுத்து உருமறைந்துள்ளது. புறத்துவாரம் முழுமையாகத் திறந்துள்ளது.
1) முந்தைய உட்துவாரம்
2) புறத்துவாரத்தின் விளிம்பு (குறுகிய முகடு போன்ற அமைப்பு)

கிய மெல்லிய விளிம்பு போல் தோற்றமளிக்கிறது. (படம் 96, 99) துவாரம் 10-12 செ.மீ விரிவடைந்து, முதிர்ந்த சிசுவின் தலையும் உடலும் வெளிப்பட முடிந்தால், முழுமையாக விரிவடைந்து விட்டது எனக் கொள்ளலாம்.

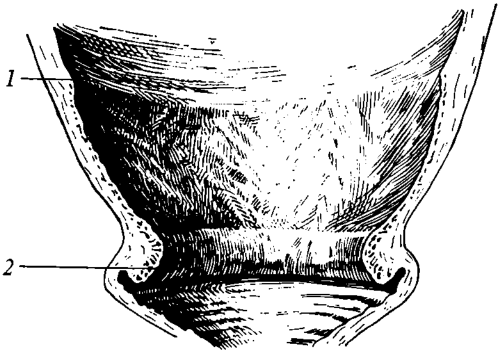


படம் 97. பல மகவை ஈன்ற பெண்ணின் கருப்பைக் கழுத்து. விரிவு துவக்கம்
1) உட்துவாரம்
2) புறத்துவாரம் கழுத்து உட்கால்வாய், ஒரு விரலை அனுமதிக்கிறது.



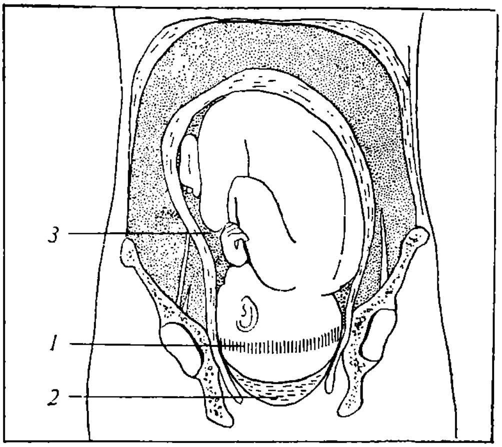
படம் 98. பல மகவை ஈன்ற பெண்ணின் கருப்பைக் கழுத்து. கழுத்தின் மேல் பகுதியின் உருமறைவும், புறத்துவாரத்தின் திறப்பும்.
1) முந்தைய உட்துவாரம்.
2) புறத்துவாரம் (உட்துவாரத்துடனேயே, திறக்கிறது).

கருப்பையின் ஒவ்வொரு சுருக்கமும், அம்னியாடிக் திரவத்தை அழுத்தி, கருவின் கீழ்துருவத்தின் பக்கமாகத் தள்ளி, கழுத்து உட்கால்வாய்க்குள் திரவம் நுழைகிறது. சுருக்கம் நின்றவுடன், திரவம் ஓரளவு மேல் நோக்கிச் சென்று படலங்களின் விறைப்பைத் தணிக்கிறது. சிசு



படம் 99. பல மகவை ஈன்ற பெண்ணின் கருப்பை. கருப்பைக் கழுத்து உருமறைந்துள்ளது. புறத் துவாரம் முழுமையாக விரிவடைந்துள்ளது. துவாரத்தின் விளிம்பு, ஒரு குறுகிய முகடு போன்று அமைந்துள்ளது.
1) முந்தைய உட்துவாரம்
2) புறத்துவாரம்

வின் தலை; கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தில் மிதக்கும் வரை, அம்னியாடிக் திரவம் மேல் நோக்கியும் கீழ் நோக்கியும் ஓடிக்கொண்டு இருக்கிறது. சிசுத் தலை நிலை பெற்றவுடன், கூபக நுழைவாயில் எலும்புகளுக்கு எதிராக கருப்பைச் சுவர்களை அழுத்தி, திரவங்களை இரண்டு பகுதியாகப் பிரிக்கிறது. (படம் 100) பெரும்பாலான திரவம், நிலைபெற்ற கோட்டிற்கு மேலாக, கருப்பையின் மேற்பகுதியில் காணப்படுகிறது. சுருக்கம் நின்றவுடன், திரவம் ஓரளவு மேல் நோக்கிச் சென்று படலங்களின் விறைப்பைத் தணிக்கிறது. சிசுவின் தலை கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தில் மிதக்கும் வரை, அம்னியாடிக் திரவம் மேல் நோக்கியும் கீழ் நோக்கியும் ஓடிக் கொண்டிருக்கிறது. சிசுத் தலை நிலை பெற்றவுடன், கூபக நுழைவாயில் எலும்புகளுக்கு எதிராக கருப்



படம் 100. புறத்துவாரம் முழுமையாகத் திறந்துள்ளது. தலை நிலைபெற்றுள்ளது.

1) நிலைபெற்ற கோடு
2) முன்னேயுள்ள திரவம்
3) எஞ்சியுள்ள திரவம்

பைச் சுவர்களை அழுத்தி, திரவங்களை இரண்டு பகுதியாகப் பிரிக்கிறது. (படம் 100) பெரும்பாலான திரவம், நிலைபெற்ற கோட்டிற்கு மேலாக, கருப்பையின் மேற்பகுதியில் காணப்படுகிறது.

கருப்பையின் சுருக்கங்கள் முனைப்படைந்தவுடன், முன்னேயுள்ள திரவம் அதிகரிக்கிறது. பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் முடியும் போது, சுருக்கங்களுக்கிடையே சிசுப்படலங்களினுள் அழுத்தம் குறைவதில்லை. சிசுப்படலங்கள் கிழிந்து படத்தயாராக இருக்கின்றன.

பொதுவாக கருப்பையின் ஒரு சுருக்கத்தின் போது, முழுமையாக கழுத்து திறந்திருந்த போது படலங்கள் கிழிந்து படுகின்றன. (உரிய நேரத்தில் திரவ இழப்பு) முன்னேயுள்ள திரவம் முதலில் வெளிப்படுகிறது. எஞ்சிய திரவம், சிசு பிறந்த பின், கருப்பையிலிருந்து வெளியேறுகிறது. பிரசவம் துவங்குவதற்கு முன்பு அல்லது கழுத்து முழுமையாக திறந்திராத போதே, பனிக்குடம் உடைகிறது.

கருப்பைக் கழுத்து துவாரம் முழுமையாக விரிவடையும் முன்பே, படலங்கள் கிழிந்து பட்டால், திரவ இழப்பு முந்தியதாக இருக்கிறது. பிரசவம் துவங்கு முன்பே, திரவம் வெளிப்பட்டால், அதை முதிர்ச்சி அடையாத பிரசவம் என்கிறோம். முன்னேயோ அல்லது முதிர்ச்சியடையுமுன்போ, திரவம் வெளிப்படுவது, சிசுத்திணறலுக்குக் காரணமாக அமைகிறது.

படலங்கள் பலமாக இருந்தால், கருப்பைக் கழுத்துத் துவாரம் முழுமையாகத் திறந்த பின்னரே அவை கிழிபடுகின்றன. (கால தாமத கிழிபாடு) சிலபோது வெளியேற்றப்படும் கட்டம் வரும் வரை சிசுப்படலங்கள் உடைவதில்லை. தோன்றும் பகுதியின் முன்னர் பிறப்புப் பிளவிலிருந்து பனிக்குடம் துருத்துகிறது. (படலங்கள் கிழிந்து படுவதை, பனிக்குடம் உடைதல் என்றும் சிலர் கூறுவர். மொ-ர்)

வெளியேற்றப்படும் கட்டம்

கழுத்துத் துவாரம் முழுமையாக விரிவடைந்த பின்னர், வெளியேற்றப்படும் கட்டம் துவங்குகிறது. திரவ இழப்புடன், கருப்பையின் சுருக்கங்கள் முனைப்பாக இல்லை. 15—20 நிமிடங்களில், குறைந்த அளவு திரவத்திற்கு தன்னைத்தக அமைத்துக் கொண்டு, சுருக்கங்களைத் துவங்குகிறது. கருப்பையின் சுவர்கள் மேலும் பருமனடைந்து, அவற்றின் சுருக்கங்கள் வலுப்பெறுகின்றன. கிழிறங்கும் தலை, படலங்களை விட, நரம்புப் பிணையங்களை வலுவுடன் அழுத்துகின்றது. வெளி

யேற்றும் சுருக்கங்களின் நீளமும் விசையும், துரிதமாக அதிகரிக்கின்றன. அதன் சுருக்கங்களின் போது, கருப்பை களைப் படைந்து, கடினமடைகின்றது; வயிற்றுச் சுவர் துருத்துகிறது.

கருப்பையின் வெளியேற்றும் சுருக்கங்களுக்கு, வயிற்றுத் தசைகளின் அனிச்சைச் சுருக்கங்கள் துணைபுரிகின்றன. பிரசவிப்பி, மூச்சைப் பிடித்துக் கொண்டு, முக்கி, தானாகவே வயிற்றுத் தசைகளின் சுருக்கங்களை முனைப்படுத்துகிறாள்.

வெளியேற்றக் கட்டத்தின் போது, பெண்ணின் பிரயாசை, மிகவும் முக்கியமானது. அவளது இருதய நாள மண்டலமும், வளர்சிதைமாற்றமும் முனைப்படைகிறது.

வயிற்றுத் தசை சுருக்கங்களின் போது, பிரசவிப்பியின் முகம் சிவந்தோ அல்லது நீல நிறமாகவோ இருக்கலாம், தோல் முழுவதும் வியர்வை அரும்புகிறது. கழுத்துச் சிரைகள் புடைக்கின்றன. கால்களில் வலிப்புகள் தோன்றலாம்; சுருக்கங்களின் இடையே, அடுத்த சுருக்கம் தோன்றும் வரை, பிரசவிப்பிக்கு ஓய்வு கிடைக்கிறது.

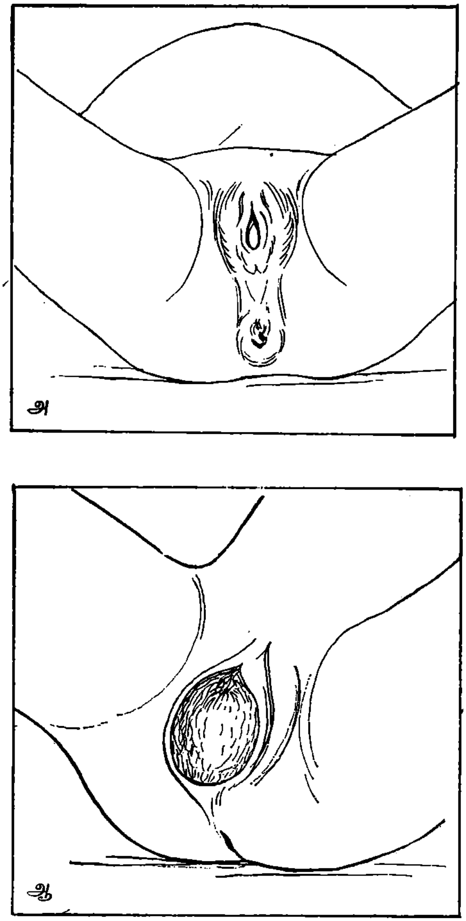
வயிற்றுத் தசைகளின், கருப்பையின் சுருக்கங்களின் வெளியேற்றும் முயற்சிகளால், சிசு நகர்த்தப்பட்டு, அதன் தலை சிறிய கூபகத்தினுள் நிலை பெற்று, பின்னர் அதைக் கடந்து, வெளிவாயிலை அடைகிறது. சிசுவின் தலை, கூபகத் தளத்தை அடைந்தவுடன், அதன் மீதான அழுத்தம் அதிகரிக்கிறது; வயிற்றுத் தசைகளின் சுருக்கங்கள் கட்டுக்கடங்காமல் உள்ளன. அதன் விகிதமும் விசையும் அதிகரிக்கிறது. (இடைவெளி 2—3 நிமிடங்களேயாகும்)

கூபக வெளிவாயிலை, தலை நெருங்கியவுடன் விடபம் துருத்துகிறது. முதலில் சுருக்கங்களின் போது, துருத்திக் கொண்டிருப்பது, பின்னர் இடைவெளிகளின் போது கூட துருத்தியே இருக்கிறது. விடபம் துருத்தும் போது, குதமும் திறந்து விரிவடைகிறது. பிரசவிப்பிக்கு சுத்தி கரிப்பு இனீமா கொடுக்கப் படாவிடில், தன்னையறியாமலேயே, பிரசவத்தின் போது, மலங்கழிக்க நேருகிறது.

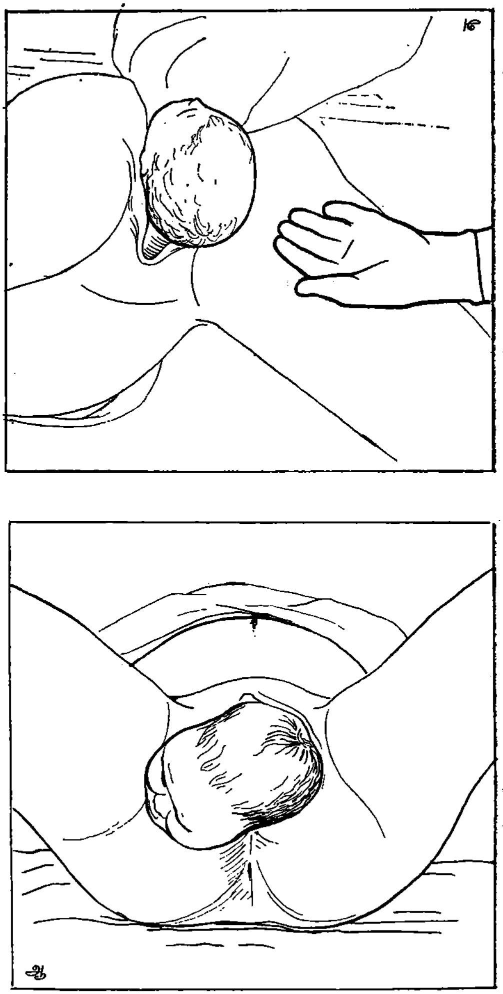
பிறப்புப் பாதையில் சிசுத்தலை முன்னேறும் போது, பிறப்புறுப்புப் பிளவு, பிரிகின்றது. ஒரு சுருக்கத்தின் போது, பிளவின் வழியாக, தோன்றும் தலை உச்சி, தெரிகிறது. சுருக்கங்கள் நின்றவுடன், தலையின் அசைவும் நின்று விடுகிறது. தலை மறைகிறது. பிறப்புப்பிளவு மூடுகிறது. அடுத்த சுருக்கத்தின் போது, தலை உச்சிபுடைப்பு, நன்றாகத் தெரிகிறது. தலையின் பெரும் பகுதி, பிளவிலிருந்து தெரிகிறது. தலை மகுட நிலை அடைகிறது. (படம் 101 அ) பிரசவிப்பியின் பிரசவம் தொடரும் போது, மகுடத்தலை பெருமளவில் துருத்திக் கொண்டிருக்கிறது. சுருக்கங்களின் போது திரும்பிப் போவதில்லை. அதே போது, பிறப்புறுப்புப்பிளவு, அகலமாகத் திறந்துள்ளது. இந்த நிலை தலையின் நிலைபெயர்வு எனப்படுகிறது. (படம் 101 ஆ)

முதலில் பின்தலை வெளிவருகிறது. பின்னர் பக்கவாட்டுப் புடைப்புகள் தோன்றுகின்றன. இதன் போது, விடபத்தின் விறைப்பு நிலை அதிகமாக இருக்கிறது. பின்தலையும், தலை உச்சியும் வெளிவந்தவுடன், சிசுவின் முகமும் முன்தலையும், பிறப்புப்பாதையிலிருந்து, வலுவான சுருக்கங்களால், வெளித் தள்ளப்படுகிறது.

தலை முழுவதும் வெளிவந்தவுடன், சுருக்கங்கள் சிறிது நேரத்திற்கு, நின்று விடுகின்றன.



படம் 101. தலை உச்சியின் மகுடநிலையும் நிலைபெயர்வும்
அ) மகுட நிலை
ஆ) நிலை பெயர்வு



படம் 102. தலை வெளிப்படல்
அ) வெளிவந்த தலை பின்புறம் நோக்கி இருக்கிறது.
ஆ) தலை உச்சியின் வெளிப்புற முன்னுரு மீட்சி

வெளிவந்த தலை, பொதுவாக பின்புறம் நோக்கி இருக்கிறது. (படம் 102 அ) முகம் நிலநிறமடைகிறது. முக்கிலிருந்தும் வாயிலிருந்தும் சளி வெளிப்படுகிறது. சுருக்கங்கள் மீண்டும் துவங்கிய உடன், சிசுவின் உடல் உட்சுழற்சி அடைந்து, அதன் ஒரு தோள் பூப்பிணைப்பை நோக்கியும், மற்றொன்று திரிகத்தை நோக்கியும் உள்ளது.

வெளிப்பட்ட தலை, உடலுடன் சேர்ந்து சுழல்கிறது, இப்போது சிசு

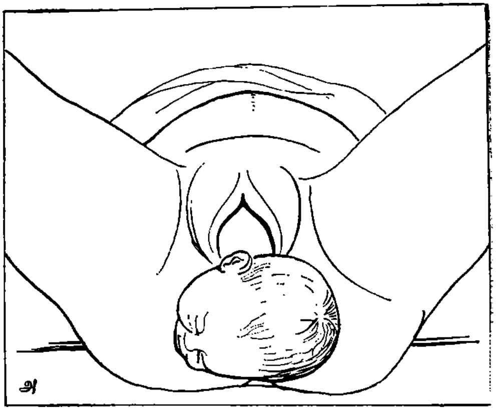
வின் தலை தாயின் தொடையை நோக்கி இருக்கிறது. (படம் 102 ஆ) தலை, இடது தோற்றத்தின் போது வலது தொடையையும், வலது தோற்றத்தின் போது இடது தொடையையும் நோக்கி இருக்கிறது.

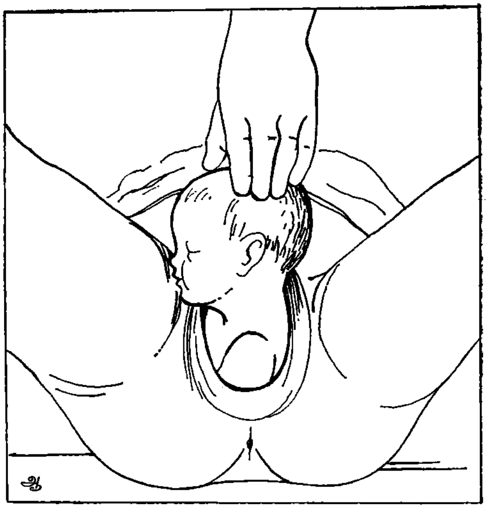
தோள்கள், கீழ்க்கண்டவாறு வெளிப் படுகின்றன: முன்புற தோள், பூப்பி ணைப்பின் அடியில் காணப்படுகிறது. (படம் 103 அ) பின்புற தோள், விட பத்தின் மேல் வெளிப்படுகிறது. (படம் 103 ஆ) இதன் பின், தோள் வளையம் முழுமையாக வெளிப்படுகிறது. எஞ் சிய உடலும், கால்களும் கிரம எதுவு மின்றி வெளிப்படுகின்றன. சிசுவின் பிறப்பைத் தொடர்ந்து, பாலேடு போன்று சாயப்பொருட்கள் கொண்ட கலங்கிய திரவம் வெளிப்படுகிறது. வெளிப்படும் திரவத்தில் சிலபோது, இரத்தத் துளிகள் காணப்படலாம். இவை, பிறப்புப்பாதையில் உள்ள மெல்லிய திசுக்களின் சிறிய கிளசல்க ளால் ஏற்படுகின்றன.

வெளிப்பட்ட சிசு, முதல் மூச்சு வாங்கி, வரத்த கரலில் அழுகிறது; கைகால்களை அசைக்கிறது; தோல், இளஞ்சிவப்பு நிறமாக மாறுகிறது. தாய் மிகவும் களைப்படைந்து, ஓய்வு எடுக்கிறாள். அவளது நாடித்துடிப்பு சகஜ நிலையை அடைகிறது. சில பெண்கள், குழந்தை பிறந்த பின், பிர சவத்தின் போது பெருமளவில் வெப் பம் விரயமாவதால், உடல் நடுக்கம டைகின்றனர்.

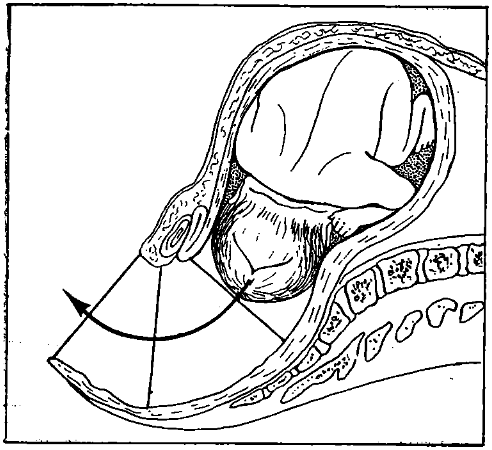
பிரசவத்தின் இயக்க நுட்பம்: பிரசவத் தின் வெளியேற்று நிலையில், சிசு, பிறப் புப்பாதை மற்றும் சிறிய கூபகம் ஆகிய வற்றின் மிருதுவான பகுதிகள் வழியாக, நகருகிறது.

கூபகத்தின் எல்லா முன்புறபின்புற விட்டங்களின் மையங்களை இணைக்கும் வளைந்த கோடு வழியாக, சிசு கூபக இருசு வழியாக வெளியேறுகிறது. இருசு, திரிகத்தின் வளசலைப் பின் பற்றி, கூபக வெளிவாயிலில் பூப்பி ணைப்பு நோக்கி முன்புறமாக வளைகி றது. (படம் 104)





படம் 103. தோள்கள் வெளிப்படல்
அ) முன்புற தோள், பூப்பிணைப்பின் அடியில் தோன்றுகிறது.
ஆ) பின்புற தோள், விடபத்தின் மேல் உள்ளது.



படம் 104. வெளியேற்றப்படும் கட்டத்தில் பிறப்புப்பாதையைக் காட்டும் வரை படம்

கூபகத்தின் சுவர்களின் நீளம் சரி சமமாக இருப்பதில்லை. பூப்பிணைப்பு, திரிகத்தை விட குட்டையாக இருக்கிறது. பல்வேறு தளங்களில், சிறிய கூபகத்தின் வடிவம் மாறுபடுகிறது. கூபக நுழைவாயிலின் வடிவம் குறுக்குத் திசையில் நீண்டு இருக்கிறது, கூபக நடுப் பகுதி வட்டமாக உள்ளது. வெளிவாயிலின் தளம் முன்புறபின்புறமாக நீண்டு இருக்கிறது. சிசுத்தலையின் மட்டத்தளங்களும் மாறுபடுகின்றன. இதனால், தலை, சுழற்சியடையாமல் பிறப்புப்பாதையைக் கடக்க முடியாது. சிசு, பிறப்புப்பாதையைக் கடக்கும் போது, அதன் உடல், குறிப்பாக அதன் தலை, சில குறிப்பிட்ட முறையில் சுழற்சி அடைகிறது. தலை, நீளவட்ட, குறுக்கு வட்ட இருசுகளில் சுழல்கிறது. (மடக்கவும் நீட்டவும்)

சிசு, சிறிய கூபகத்தையும், பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய பாதைகளையும் கடக்கும்போது, சிசுவால் ஆற்றப்படும் அசைவுகளின் கூட்டு மொத்தமே, பிரசவத்தின் இயக்க நுட்பம் எனப்படுகிறது.

தலை, பிட்டம் ஆகியவற்றின் பல்வேறு வகையான தோற்றங்களில், பிரசவ இயக்க நுட்பம் மாறுபடுகிறது. மாதிரிப் படிவமான, சகஜமான, பிரசவ இயக்க நுட்பம், பின்தலை முன்புறத் தோற்றத்தில் (95%) நிகழ்கிறது.

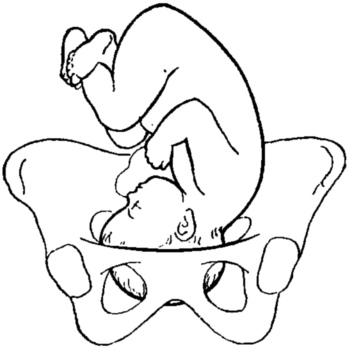
பின்தலை முன்புறத் தோற்றத்தில் பிரசவ இயக்க நுட்பம்

பிரசவத்தின் போது சிசுவின் பிரதான அசைவுகளில் கீழ்க்கண்டவை பிரித்தறியப்படுகின்றன:

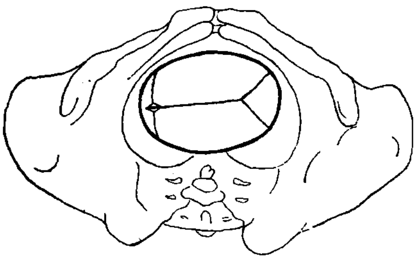
முதல் அசைவு, உச்சித்தலையின் மடக்கலாகும். தலை, அதன் குறுக்கு இருசில், சுழல்கிறது.

பிரசவத்தின் விரிவடைந்த கட்டத்தின் போது, கூபக நுழைவாயிலில் அதன் தலை நிலை பெறுகிறது. அதன் மட்டத்தையல், கூபகத்தின் குறுக்கு அல்லது சாய்வு விட்டத்துடன் ஒட்டியுள்ளது.

வெளியேற்றக் கட்டத்தின் போது, சிசுவின் முதுகெலும்பின் மீதான கீழ்நோக்கிய தள்ளல், சிசுவின் தலையை அடைகிறது. முதுகெலும்புத் தண்டு, கபாலத்துடன் பின்தலையின் அருகே (மத்தியில் அல்ல) இணைகிறது. ஆகவே தலை உச்சி மடக்கல் என்பது நெம்புகோல் போன்ற ஒரு வினையாகும். நெம்புகோலின் நீண்ட கையான முன்தலையும், சிறிய கையாக பின்தலையும் இருக்கிறது. கருப்பையுள், வயிற்றுள் அழுத்தம், முதுகெலும்பு தண்டு வழியாக பின்தலைக்குச் சென்று (நெம்புகோலின் சிறிய கை) அதை கீழ் நோக்கித் தள்ளுகிறது. கீழ்த்தலை கீழிறங்கிறது. மோவாய், மார்பை ஒட்டி உள்ளது, பின்புற உச்சி மென்தோல், முன்



அ



ஆ

படம் 105.

அ) பிரசவத்தின் முதல் அசைவு—தலை உச்சி மடக்கல்

ஆ) மட்டத்தையலும், கூபக குறுக்கு விட்டமும் இணைந்து இருக்கிறது.

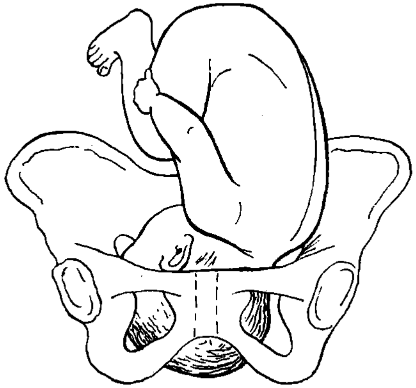
புற உச்சி மென்தோலின் கீழே உள்ளது. (படம் 105)

பின்புற உச்சி மென்தோல், கூபக இருசு வழியாக, இன்னும் நகர்த்தப் படுகிறது. திறந்துள்ள பிறப்புறுப்புப் பிளவு வழியாக, முதலில் தென்படுகி றது. ஆகவே, பின்புற உச்சி மென் தோல் தான், சிசுவின் பின்தலை முன் புறத் தோற்றத்தில் முதன்மையான புள்ளியாக இருக்கிறது.

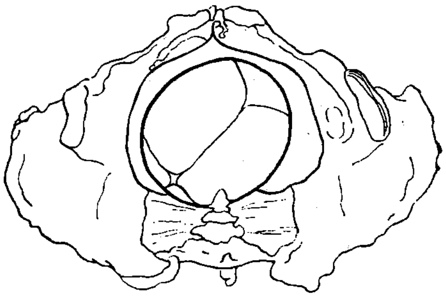
கூபக நுழைவாயிலில் முதலாவதாக நுழையும் தோற்றப்பகுதியின் பிரிவே, முதன்மைப் புள்ளி எனக்கருதப்படுகி றது. உட்சுழற்சியின் போது, அது வழி நடத்திச் செல்கிறது; பிறப்புறுப்பு பிளவில் முதலாவது தெரியும் பகுதியாகும்.

மடக்கலின் விளைவாக, தலை, தனது சிறிய விட்டத்துடன் கூபகத்தில் நிலை பெறுகிறது. அதாவது முந்தைய நிலை யின் பின்தலை முன்தலை விட்டத்திற் குப் பதிலாக (12 செ.மீ) பின்தலை அடி முன்னுச்சிக்குழி விட்டம் (9.5 செ. மீ); கூபகத் தீளமட்டங்கள், பிறப்பு றுப்புப் பிளவு வழியாக, அதன் சிறிய விட்டத்துடன் தலை, முன்னோக்கிச் செல்லுகிறது.

தலை உச்சியின் உட்சுழற்சியே இரண் டாவது அசைவாகும். தலை, பிறப்புப் பாதையின் உள் இறங்கி, அத்துட னேயே நீளவட்ட இருசில் சுழற்சியடை வதால், பின் தலை (பின்புற மென்தோ லுடன்) முன்புறமாகத் திரும்பும் போது, முன்தலை (முன்புறமென்தோ லுடன்) பின்புறமாகச் சுழலுகிறது. (படம் 106 அ) மட்டத் தையல் கூபகத் தின் குறுக்கு அல்லது சாய்வு விட்டத் துடன் இணைந்துள்ளது. தனது ஒழுங் கமைவை, படிப்படியாக மாற்றுகிறது. கூபகக் குழிவினுள் தலை இறங்கும் போது மட்டத்தையலும் சாய்வு விட் டமும் இணைந்துள்ளன. (படம் 106 ஆ) அதாவது இடது நிலையில் வலது சாய்வு விட்டமும், வலது நிலையில் இடது சாய்வு விட்டமும் இணைந்துள்ளது. கூபகத்தின் வெளிவாயிலில் தலையின் மட்டத்தையல் கூபகத்தின் முன்புற பின் புற விட்டத்துக்கு இணையாக இருக்கி றது. இத்துடன் தலையின் உட்சுழற் சியும் முற்றுப்பெறுகிறது. பின்புற மென்தோல் பூப்பிணைப்பை நோக்கி உள்ளது (படம் 107 அ, ஆ). நியதிப் படி, தலை, கூபகக்குழிவின் வழியாகச்



அ

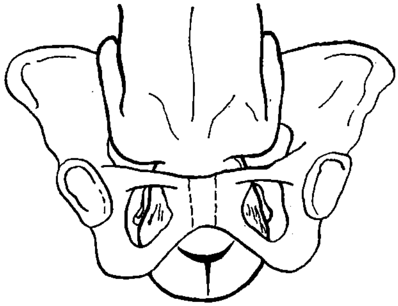


ஆ

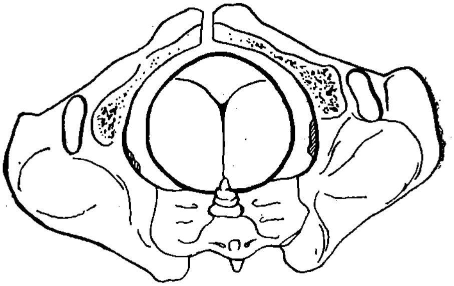
படம் 106.

அ) பிரசவத்தின் இரண்டாவது அசைவு. உட்சுழற்சி.

ஆ) மட்டத்தையலும், வலது சாய்வு கூபக விட்டமும் இணைந்து இருக்கிறது.



அ



ஆ

படம் 107.

அ) முழுமையான உட்சுழற்சி

ஆ) மட்டத்தையல், முன்புற பின்புற கூபக விட்டத்துடன் இணைந்துள்ளது.

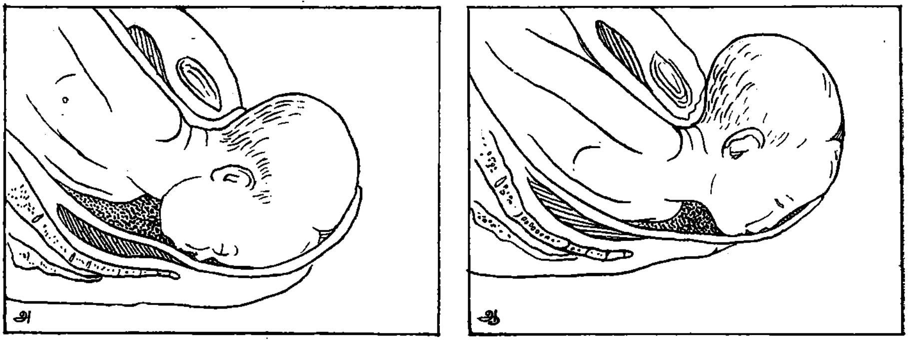
செல்லும் போது, 90°ல் சுழல்கிறது. (உள்வாயிலிருந்து, வெளிவாயில் வரை) உட்சுழற்சிக்கு முன், சிசுத்தலையின் பின்தலை ஓரளவு முன்புறமாகத் திரும்பி இருந்தால், தலை 45 சுற்றுகிறது. பின்தலை ஓரளவு பின்புறமாகச் சுற்றினால், தலை 135° சுழல்கிறது. ஆகவே முதலில் மட்டத்தையல், கூபக உள்வாயிலின் குறுக்கு விட்டத்துடன் இணைந்துள்ளது; பின்னர் கூபக நடுத் தளத்தின் சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. பின்னர் கூபக வெளிவாயிலின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது.

உட்சுழற்சியின் காரணம் சர்ச்சைக்குரியதாக இருக்கிறது. அதை விளக்க,

பல்வேறு கோட்பாடுகள் தோன்றியுள் ளன. கூபக விட்டங்களுக்குத்தக அமைய உட்சுழற்சி நிகழ்கிறது என்ற கோட்பாடு ஓரளவு ஒப்புக் கொள்ளக் கூடியதாக இருக்கிறது. தலை, தனது பிடரி அடி முன்னுச்சிக் குழி விட்டத்து டன் (குறைந்த விட்டம்) கூபகத்தின் மிகப்பெரிய விட்டம் வழியே செல்கி றது. கூபக உள்வாயில் தளத்தில், குறுக்கு விட்டம் தான் மிகப்பெரியது; கூபக நடுத்தளத்தில் சாய்வு விட்டம் தான் மிகப்பெரியதாகும், கூபக வெளி வாயில் தளத்தில் முன்புற பின்புற விட் டம் தான் மிகப்பெரியதாகும். ஆகவே, இதைப் பொறுத்து, குறுக்கு விட்டத் திலிருந்து சாய்வு விட்டத்திற்கு தலை சுழற்சி அடைந்து, இறுதியாக முன்புற பின்புற விட்டத்திற்குச் செல்லுகிறது. தோள்வளையம் சுழல்வதுடன் சிசுத்த லையும் சுழல்கிறது என வி.வி. சுடுகின் கருதுகிறார். ஆனால் பி.எ. பிலஷாப் கோவும், ஐ.ஐ. யாகோவ்லேவும், கூப கத்தளத்தசைகளின் சுருக்கங்களால் தலையும் சுழல்சிறது எனக்கருதுகின்ற னர்.

தலை உச்சி நீட்டப்படுவது தான் மூன்றாவது அசைவாகும். நன்கு மடக்கப் பட்ட தலை, கூபக வெளிவாயிலை அடைந்ததும், கூபகத்தளத்தசைகளின் எதிர்ப்பைச் சந்திக்க வேண்டியுள்ளது. கருப்பை மற்றும் மூக்குதசைகளின் சுருக்கங்களால், சிசு, திரிகமுனை மற் றும் வால் எலும்பு நோக்கித் தள்ளப் படுகிறது. இந்தத் திசையில் சிசுத்தலை தள்ளப்படுவதை கூபக தளத்தின் தசை கள், எதிர்க்கின்றன. இது திசை திருப் பப்பட்டு, முன்புறமாக பிறப்புறுப்புப் பிளவு நோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. கபாலப்பின் பள்ளம், பூப்பிணைப்பின் கீழ்விளிம்பைத் தாண்டியதும், உருவா கும் விசை தலையை நீட்ட உதவுகி றது. (படம் 108 அ) அது ஒரு நெம்பு கோலாக பணி புரிகிறது. தலை நீட்டப் பட்டதும், முன்தலை, முகம், மோவாய் தோன்றுகிறது. அதாவது தலை வெளிப்படுகிறது. பின்தலை முன் தோற்றத்தில், மிகச் சிறிய தளத்துடன், அல்குல் வழியாக தலை வெளி வருகி றது. பிடரி அடி முன்னுச்சிக்குழி விட் டம் வழியாகச் செல்லுகிறது. (சுற்ற ளவு 32 செ.மீ)

தலை உச்சியின் வெளிப்புற முன்



படம் 108. பிரசவத்தின் மூன்றாவது அசைவு
அ) நீட்டல் துவங்குகிறது (மகுடம் உருவாவதைத் தொடர்ந்து)
ஆ) முழுமையான நீட்டல் (நிலைபெயர்வு)

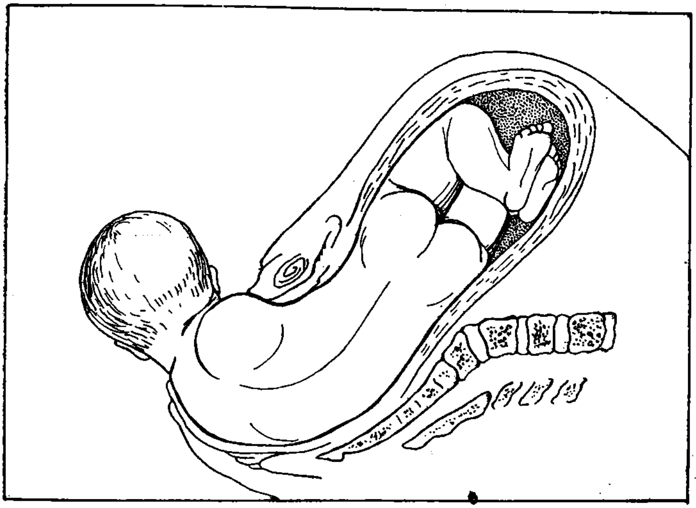
னுரு மீட்சி தான் நான்காவதுஅசைவாகும்.

தலை வெளிவந்தவுடன், சிசுவின் முகம் தாயின் வலது அல்லது இடது தொடையை நோக்கி—சிசுவின் நிலையைப் பொறுத்து—திரும்புகிறது. இடது பின்தலை தோற்றத்தில், சிசு, வலது தொடையை நோக்குகிறது. வலது தோற்றத்தில், தாயின் இடது தொடையை நோக்குகிறது. தலையின் வெளிப்புற முன்னுருமீட்சி, தோள்களின் நிலையைப் பொறுத்துள்ளது. கூபக உள்நுழைவாயிலின் குறுக்கு விட்டத்துடன் (ஓரளவு சாய்ந்த) இணைந்து, கூபகத்தினுள், தோள்கள் இறங்குகின்றன.

நடுக்கூபகத்தளத்தில், சாய்வு விட்டத்துடன் இணையும்படியாக தோள்கள் சுழலுகின்றன. கூபக அடித்தளத்தில், தோள்களின் உட்சுழற்சி நிறைவு பெறுகிறது. கூபக வெளிவாயிலை, அதன் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைந்து, அவை கடக்கின்றன. ஒரு தோள், பூப்பிணைப்பை நோக்கியும், மற்றொன்று திரிகத்தை நோக்கியும் இருக்கிறது. (படம் 109) தோள்களின் சுழற்சி, தலைக்குச் செல்கிறது. கூபக வெளி வாயிலின் தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்தை தோள்கள் கடக்கும் போது, சிசுவின் முகம், தாயின் தொடை நோக்கித் திரும்புகிறது. (ஏ. யா. கிராசோவ்ஸ்கி, பிரசவ இயக்க நுட்பத்தில் ஐந்து அசைவுகளை வகைப்படுத்தியுள்ளார். பின் தலை முன்புறத் தோற்றத்தில் இந்த அசைவுகள் வருமாறு:—1) தலை மடக்கப்படுவது, அதாவது, தோன்றும் பகுதியின் விட்டம் குறைகிறது. 2) தலையின் கீழிறக்கம். 3) தலை உச்சியின் உட்சுழற்சி. 4) பிறந்தவுடன் தலை உச்சி நீட்டப்படுதல். 5) தோள்களின் உட்சுழற்சி, தலை உச்சியின் வெளிப்புறமுன்னுரு மீட்சி.)

இடைவிடாத பின்தலை பின்புறத் தோற்றத்தில் பிரசவத்தின் இயக்கநுட்பம்

சிசுவின் பின்தலை முன்னிலையில், தலை உச்சியின் உட்சுழற்சி நடைபெறுகிறது. இதனால் பின்தலை முன்னோக்கித் திரும்புகிறது. (பூப்பிணைப்பு நோக்கி) அதே போது முகம் பின்புறமாக (திரிகம் நோக்கி) திரும்புகிறது.



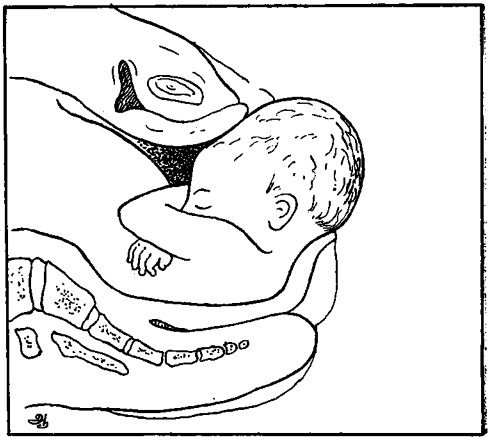
படம் 109. பிரசவத்தின் 4வது அசைவு. வெளிப்புற முன்னுரு மீட்சி. தோள்களின் உட்சுழற்சி முடிவடைகிறது. தோள்களின் நிலை பெயர்வும் உண்டாகிறது

எல்லா பின்புறத் தோற்றங்களிலும், பின்தலை முன்புறமாகத் திரும்புகிறது. அதாவது பிரசவத்தின் வெளியேற்றுக் கட்டத்திற்கு முன்பு, சிசுவின் முதுகும் பின்தலையும் பின்புறம் நோக்கிச் செல்லும் எல்லாக் கேசுகளிலும், மேற்கூறியது நிகழ்கிறது. பிரசவம் நடந்து கொண்டிருக்கும் போது, சிசுவின் பின்புற நிலை, முன்புறமாக மாறுகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில் (பின்தலைத் தோற்றங்களின் 1% கேசுகளில்) உட்புற சுழற்சியின் போது பின்தலையுடன் தலை உச்சி, திரிகம் நோக்கித் திரும்புகிறது; சிசு பின்புற நிலையில், பிரசவம் தொடருகிறது. நிரந்தரமான (இடைவிடாத) பின்தலை பின்புறத் தோற்றத்தில், பிரசவ இயக்க நுட்பம் வருமாறு:

முதல் அசைவு: தலை உச்சி மடங்குதல். பின்புற உச்சி மென் தோல் தான் பிரதான புள்ளியாகும். (பின்தலை பின்புறத் தோற்றத்தில் முதலில் பின்புற மென்தோல் தான் பிரதான புள்ளயாக இருக்கிறது. ஆனால் உட்புற சுழற்சியின் இறுதியில், முன்புற உச்சி மென் தோலுக்கும், பின்புற உச்சி மென் தோலுக்கும் இடையேயுள்ள பகுதி, பிரதான புள்ளியாகிறது.)

இரண்டாவது அசைவு: தலை ஊச்சியின் உட்சுழற்சி. மடங்கிய தலை, கூபகத்தினுள் இறங்குகிறது. அதன் பின் தலையுடன் பின்னோக்கி சுழலுகிறது. (படம் 110 அ) இதனால் மட்டத்தையல் கூபக நுழைவாயில் தளத்தின் சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. பின்னர் கூபக வெளிவாயிலின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது. சுழற்சி முற்றுப்பெற்றவுடன், பின்புற உச்சி மென்தோல் (பின்தலை) திரிகத்தை நோக்கியுள்ளது, அதே போது முன்புற உச்சி மென்தோல், பூப்பிணைப்பை நோக்கி உள்ளது.

அ



படம் 110. இடைவிடாத பின்தலை பின்புறத் தோற்றத்தில் பிரசவம். அ) பின்தலை பின்புற நோக்கி, தலை உச்சியின் உட்சுழற்சி. (பிரசவத்தின் இரண்டாவது அசைவு)
ஆ) தலை உச்சியின் அதிகப்படியான மடக்கல். (பிரசவத்தின் மூன்றாவது அசைவு)

மூன்றாவது அசைவு: நீட்டலின் போது அ) தலை மிகையாக மடக்கப்பட்டு, பின்னர் ஆ) நீட்டப்படுகிறது.

ரோமங்கொண்ட முன் தலையின் விளிம்பு, பூப்பிணைப்பின் மீது மோது கிறது. இந்த நெம்பு கோலுக்கு எதிராக, தலை வலுவுடன் மடக்கப்பட்டுள்ளது. (படம் 110 ஆ) தலை கூடுதலாக மடக்கப்படும் போது, பக்க எலும்புப் புடைப்பு, பின்தலைப்புடைப்பு வெளியே தெரிகின்றன. திரிக வால் எலும்பு மூட்டுக்கு எதிராக, தலை பின் காலக்குழிவால், நிலைபெற்று, பின்னர் தலை நீட்டப்படுகிறது. முன்தலை, முகம், மோவாய், பூப்புவளைவிலிருந்து நிலைபெயர்ந்து, பின்தலை முன் தலை அடிவிட்டத்தால் தலை வெளிவருகிறது. (சுற்றளவு 33 செ.மீ)

4வது அசைவு:—தலை உச்சியின், வெளிப்புற முன்னுருமீட்சியும், தோள்களின் உட்புற சுழற்சியும். பின்தலை முன்புற நிலையைப் போன்றே, அசைவு ஏற்படுகிறது.

நிலையான பின்தலை பின்புறத் தோற்றத்தில், பிறப்புப் பாதையைக் கடக்கும் போது, தலை, எதிர்ப்பை சமாளிக்க வேண்டியுள்ளது. பின்தலை முன்புறத் தோற்றத்தை விட, பிரசவத்தின் வெளியேற்றும் கட்டம் நீண்டகாலம் நீடிக்கிறது.

சிசுத்தலையின் வடிவத்தின் மேல், பிரசவ இயக்க நுட்பத்தின் விளைவு:பிரசவத்தின் போது, பிறப்புப் பாதையின் அளவு, அமைப்பிற்கு ஏற்ப, சிசுத்தலையில் மாற்றங்கள் ஏற்படுகின்றன. மென் தோல்கள் மற்றும் தையல்கள் இருக்கும் இடங்களில், கபாலத்தின் எலும்புகளின் மேற்குவிந்து செல்லும் தன்மையைப் பொறுத்து, இந்தத் திறன் அமைகிறது. தலை உச்சி, சிறிய கூபகத்தைக் கடக்கும் போது தங்கள் வடிவங்களையும் மாற்றிக் கொள்கின்றன.

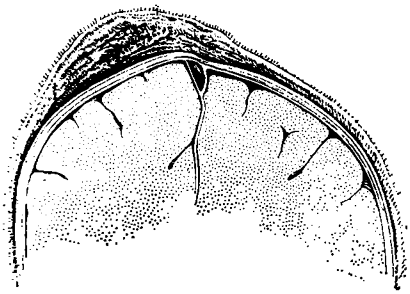
பிறப்புப்பாதையின் சுவர்கள், சிசுவின் கபாலத்தை அமுக்கும் போது, தையல்களும், மென்தோல்களும் இருக்குமிடத்தில் கபால எலும்புகள் ஒன்றின் மீது ஒன்று ஏறுகின்றன. பக்க எலும்பு மற்ற பக்க எலும்பின் மீது ஏறுகிறது. பின்தலை எலும்பும், முன்தலை எலும்பும் பக்க எலும்புகளின் அடியில் செல்கின்றன. கபால எலும்புகள் சமதளமடைகின்றன அல்லது குவிகின்றன. இதன் விளைவாக, சிசுவின் தலை தனது வடிவத்தை மாற்றி, பிறப்புப்பாதையின் அளவிற்கும் வடிவத்திற்கும் ஏற்ப அமைகிறது. பிறப்புப்பாதையின் வழியே செல்லும் போது, சிசுவின் தலை தக அமைவதை வார்ப்பு கன்கிறோம். வார்ப்பின் அளவு, கபால அமைப்பையும், பிறப்புப்பாதையின் தன்மைகளையும் பொறுத்து உள்ளது. தையல்கள் அகலமாகவும், சிசுத்தலை எலும்புகள் மெல்லியதாகவும் இருந்தால், வார்ப்பும் பெருமளவில் இருக்கும். பிறப்புப் பாதையின் (குறுகிய கூபகம்) வழியாகச் செல்லும் போது, தலைக்கு மிகையான எதிர்ப்பு இருந்தால், வார்ப்படைவது மிகவும் முக்கியமாகும். பிரசவத்தின் இயக்க நூட்பத்தைப் பொறுத்தும் வார்ப்பு அமைகிறது. பின்தலை (குறிப்பாக பின்புற) தோற்றத்தில், தலை பின்தலைத் திசையில் நீளமாகிறது. இதன் மூலம் நீள்தலை வடிவத்தை அடைகிறது. (படம் 11) பின்தலை முன்புறத்தோற்றத்தில், தலை உச்சித்திசையில் தலை நீளமடைகிறது. முன்தலைத் தோற்றத்தில் முன்தலை திசையில் நீளகிறது. பிரசவம் சகஜமாக இருந்தால், அவ்வளவாக வார்ப்படைவதில்லை. சிசுவின் வளர்ச்சியிலும் மாற்றம் எதுவுமில்லை. பிறந்த உடனேயே தலையின் சகஜ அமைப் உண்டாகி விடுகிறது.

பிரசவத்தின் வெளியேற்றக் கட்டத்தில், வார்ப்பைத் தவிர, தோன்

படம் 111. பின்தலைத் தோற்றத்தின் போது சிசுத்தலை வார்ப்படைகிறது

றும் பகுதியின் அடியில், சிசுவின் தலையில் வீக்கம் தோன்றுகிறது. நிலைபெற்ற மட்டத்திற்குக் கீழே அமைந்துள்ள தோன்றும் பகுதியிலிருந்து சிரை இரத்த ஓட்டம் தடைபடுவதால் வீக்கம் தோன்றுகிறது. தலை மற்றும் கூபகத் தோற்றத்தில் வீக்கம் உருவாகிறது.

திரவங்கள் வெளியேறியபின், உயிருள்ள சிசுக்களில் தான் தலையின் வீக்கம் தோன்றுகிறது. பின்தலைத் தோற்றங்களில் பின்புற உச்சி மென்தோல் பகுதியில் காணப்படும் வீக்கம், இடது அல்லது வலது பக்க எலும்புக்குப் பரவுகிறது. (படம் 112) சிசுவின்



படம் 112. சிசுத் தலையின் பக்க எலும்புப் பகுதியில் வீக்கம்

இடது நிலையில், வீக்கம் வலது பக்கமாகவும், வலது நிலையில் வீக்கம் இடது பக்க எலும்பிலும் காணப்படுகிறது. முகத்தோற்றங்களில் முகத்திலும், பிட்டத்தோற்றங்களில் குண்டிகளிலும் வீக்கம்காணப்படுகிறது. பொதுவாக, இந்த வீக்கம் அவ்வளவு முக்கியத்துவம் வாய்ந்ததல்ல. ஏனெனில் பிறந்த சில நாட்களில் வீக்கம் மறைகிறது. குறுகலான கூபகத்தின் போது, வெளியேற்று கட்டம் நீடித்தால், தலை மேலுள்ள வீக்கம் மிகப்பெரிதாக இருக்கிறது. வீக்கத்தின் மேலுள்ள தோல் கருஞ்சிவப்பாக இருக்கிறது. அதே போது, பிரசவம் துரிதமாக இருந்து, தலையும் சிறிதாக இருந்தால், வீக்கம் அனேகமாக தோன்றவே தோன்றாது.

பிறப்புப்பாதையைக் கடப்பது சிரமமாக இருந்தால் அல்லது அறுவை மூலம் சிசு பிறந்தால், ஏதாவதொரு பக்க எலும்பின் (அபூர்வ கேசுகளில் இரண்டு பக்க எலும்புகளும்) வெளி உறை அடியே, குருதிப் பெருக்கு ஏற்பட்டு, தலையில் குருதிக் கட்டி தோன்றுகிறது. தலை குருதிக்கட்டி என்பது, முறையற்ற வடிவத்தில் ஒரே எலும்பின் பரப்பில் தோன்றும் ஒரு மிருதுவான கட்டியாகும். தலைவீக்கத்திற்கு ஒரு எல்லை வரம்பு கிடையாது. ஆனால் தலைகுருதிக்கட்டி, தையல்களையோ, மென்தோலையோ தாண்டிப் பரவுவதில்லை.

நஞ்சுக் கொடி நிலை

சிசு பிறந்தவுடன், நஞ்சுக் கொடி நிலை எனப்படும், பிரசவத்தின் மூன்றாவது நிலை துவங்குகிறது. இதன் சிறப்பு அம்சங்களாவன: 1) கருப்பையின் சுவர்களிலிருந்து நஞ்சும் அதன் படலங்களும் பிரிகின்றன. 2) தனிமைப் படுத்தப்பட்ட நஞ்சும், படலங்களும்,

கருப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படு கின்றன.

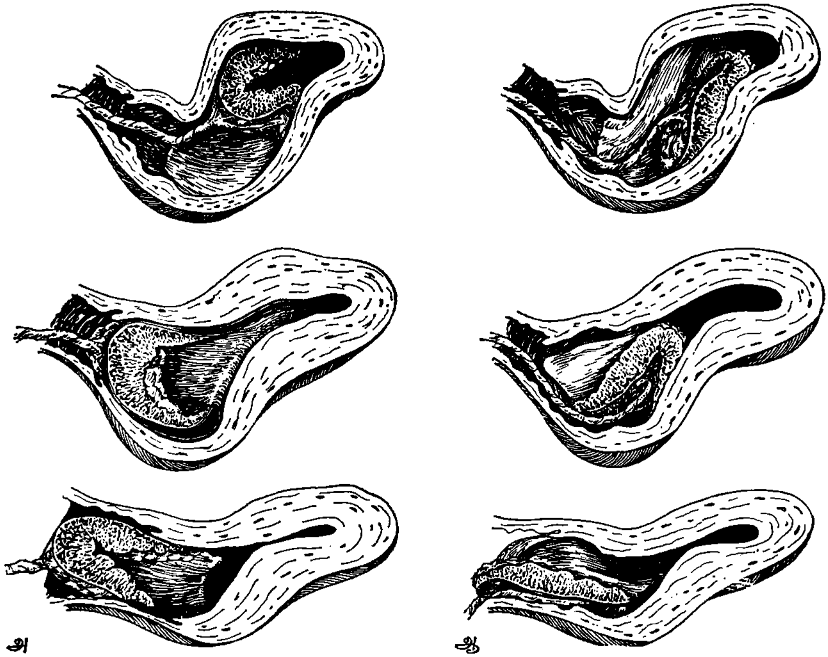
நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படுவதற் கான முக்கிய விசை, கருப்பையின் சுருக்கமாகும்; இந்த நிகழ்வில் அமுக்கு தசைகளும் பங்கு பெறுகின்றன.

குழந்தை பிறந்த பின்னர், கருப்பை சுருங்குகிறது; கோள வடிவமடைகி றது. கருப்பையின் உச்சி, தொப்பூழ் மட்டத்தில் உள்ளது. குழந்தை பிறந்த சில நிமிடங்களில், கருப்பையின் சுருக் கங்கள் மீண்டும் துவங்குகின்றன. நஞ் சுக் கொடி நிலை பெற்ற இடத்தின் தசைகள் உள்ளிட்டு, கருப்பையின் எல் லாத் தசைகளும், நச்சுக் கொடியை வெளியேற்றுவதில் பங்கு கொள்கின் றன. நஞ்சுக் கொடியால் சுருங்க முடி யாது; கருப்பையின் ஒவ்வொரு சுருக் கத்தின் போதும், நஞ்சுக் கொடி பொதிந்துள்ள இடம் சிறிதாகிறது. நஞ்சு மடிப்புடன், கருப்பைக் குழிவி னுள் தொய்து விழுகிறது; இறுதியாக கருப்பைச் சுவர்களிலிருந்து பிரிகிறது.

கருப்பைச் சுவர்களுக்கும் நஞ்சுக்கும் இடையேயான இணைப்புகள் அற்றுப் போனவுடன், பிரிந்து பட்ட நஞ்சுப்ப குதியிலுள்ள கருப்பை—நஞ்சுக் கொடி இரத்த நாளங்களும் அறுந்துபடுகின் றன. அறுந்துபட்ட நாளங்களின் இரத் தம், கருப்பைக்கும் நஞ்சுக் கொடிக் கும் இடையுள்ள இடத்தில் தேக்கம டைந்து, நஞ்சுக் கொடி பிரிவதை இன் னும் துரிதப்படுத்துகிறது.

மத்தியிலிருந்தோ அல்லது ஓரங்களி லிருந்தோ, நஞ்சுக் கொடி பிரியத்து வங்குகிறது.

முதல் இயக்க நுட்பப்படி (சூல்ட்ஸ் முறை படம் 113 அ) முதலில் நஞ்சுக்



அ ஆ

படம் 113. நஞ்சுக்கொடி பிரிவதன் இயக்க நுட்பம்
அ) மத்தியிலிருந்து பிரிவு துவங்குகிறது. (சூல்ட்ஸ் முறை)
ஆ) ஓரங்களிலிருந்து நஞ்சுக் கொடி பிரிகிறது. (டங்கன்முறை)

கொடியின் மத்திய பகுதி பிரிகிறது. நஞ்சின் பிரிந்த பகுதிக்கும், கருப்பைச் சுவருக்கும் இடையே இரத்தத் தேக்கமடைகிறது, அல்லது நஞ்சுக் கொடிக்கு பின்னே குருதிக்கட்டி தோன்றுகிறது. நஞ்சுக் கொடி பிரிவதை, இது, ஊக்குவிக்கிறது. முழுமையாக நஞ்சுக் கொடி பிரிந்தவுடன், சிசுப்படலங்களுடன், கருப்பையிலிருந்து, நஞ்சு வெளியேற்றப்படுகிறது. சிசுவை நோக்கிய பரப்பு வெளியே இருக்கும்படி, நஞ்சு, கருப்பையிலிருந்து வெளிவருகிறது. உட்பரப்புகள் வெளியே இருக்கும்படி, படலங்களும் வெளிப்படுகின்றன. (டெசிடுவப்படலத்திற்கு மேலாக அம்னியான் இருக்கும்படி) தலைகீழான படலங்கள், நஞ்சின் தாயை நோக்கிய பரப்பின் காணப்படுகின்றன.

மற்ற முறைப்படி (டங்கள் படம் 113 ஆ) நஞ்சுப்பிரிவு, ஓரங்களிலிருந்து—பொதுவாக கீழ் ஓரம்—துவங்குகிறது. சிதைந்த நாளங்களிலிருந்து தோன்றும் இரத்தம் நஞ்சின் பின்னால் குருதிக்கட்டியைத் தோற்றுவிப்பதில்லை. ஆனால் கருப்பைச் சுவருக்கும், படலங்களுக்குமிடையே, வழிந்தோடுகிறது. கருப்பையின் ஒவ்வொரு புதிய சுருக்கமும், எஞ்சியுள்ள நஞ்சின் பிரிவை ஊக்குவிக்கிறது. முழுமையாகப் பிரிந்தவுடன், நஞ்சுக் கொடி, கருப்பையிலிருந்து வழுகிவிழுந்து, ஏற்கெனவே பிரிந்துள்ள படலங்களையும் சேர்த்து இழுக்கிறது. தனது கீழ்விளிம்புடன், நஞ்சுக் கொடி தோன்றுகிறது. வெளிப்பட்ட படலங்கள், தங்களது கருப்பை உள் அமைப்புடனேயே, இருக்கின்றன. (டெசிடுவப்படலத்தின் உள்ளே அம்னியான் காணப்படுகிறது)

இரண்டாவது இயக்க நுட்பம் அரிதாகவே நிகழ்கிறது. நஞ்சுக் கொடி பிரியும் போது உடைபடும் இரத்த நாளங்களிலிருந்து குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுவதுடன், பிரசவத்தின் நஞ்சுக் கொடி கட்டம் துவங்குகிறது. பொதுவாக 250 மி.லி (150—300 மி.லி) இரத்தம் வெளிப்படுகிறது. இந்த இழப்பு, உடலியங்கியலைச் சார்ந்ததால், பிரசவிப்பிக்கு பாதக விளைவு எதுவும் உண்டாவதில்லை.

நஞ்சுக் கொடி வெளியேற்றப் பட்டவுடன், கருப்பை, நீண்ட நேரம் சுருங்குகிறது. சுருக்கமடைந்த தசை இழைகளும், கொத்துக்களும், கருப்பைத் தசையின் இரத்த நாளங்களின் உட்துவாரத்தை குறுகலடையச் செய்து, இரத்த உறைவு நிலையை உண்டாக்குகிறது.

பிரசவம் முடிந்தவுடன், அந்தப் பெண், "பிரசவபின் பெண்" என அழைக்கப்படுகிறாள். (பிரசவித்த பெண் எனவும் அழைக்கலாம்)

பிரசவத்தின் நேரக்கூறு

பிரசவத்தின் நேரக்கூறு, பிரசவ சக்திகளின் தன்மையையும், மற்றும் பல அம்சங்களையும் பொறுத்துள்ளது. கருப்பை, மற்றும் வயிறுத் தசைகளின் சுருக்கங்கள் வலிமையாக இருந்தால், பிரசவம் குறுகிய காலமே நீடிக்கிறது. சிசுவின் அளவு, தோற்றத்தின் வகை, கூபக விட்டங்கள், அம்னியாடிக் திரவம் வெளிப்பட்ட நேரம் போன்ற பல்வேறு அம்சங்கள், பிரசவ நேரக்கூறை பாதிக்கின்றன.

பல மகவை ஈன்ற பெண்ணை விட, தலைச் சூலியில் பிரசவம் நீண்ட காலம் நீடிக்கிறது. வயது முதிர்ந்த தலைச்சூலிகளிலும் (வயது 30க்கு மேல்). வயதான தலைச்சூலிகளிலும், பிரசவம், நீண்ட நேரம் நீடிக்கிறது. மழலியப் பெண்க

ளிலும், கொழுத்த அல்லது மிக மெலிந்த பெண்களிலும் பிரசவம் நீடிக்கிறது.

தலைச்சூலியில் பிரசவம் பொதுவாக 15—24 மணி நேரம் நீடிக்கிறது. பல மகவை ஈன்ற பெண்களில் 10—12 மணி நேரம் நீடிக்கிறது. பிரசவத்தின் முதல் கட்டந்தான் அதிகமாக நீடிக்கிறது. தலைச்சூலியில் இது 13—18 மணி நேரமும், மற்றவர்களில் 6—9 மணி நேரமும் நீடிக்கிறது.

தலைச்சூலியில், வெளியேற்று கட்டம் 2—3 மணி நேரம் நீடிக்கிறது. மற்றவர்களில் 30—60 நிமிடங்கள் நீடிக்கிறது. இரண்டு வகையினரிலும், நஞ்சுக் கொடி நிலை 30 நிமிடங்கள் (15—60 நிமிடங்கள்) நீடிக்கிறது.

தற்காலத்தில், சுகாதாரமான இளம் பெண்களில் (20—25 வயது), பிரசவம் மிகக் குறுகியகாலமே நீடிக்கிறது. அவர்களின் உடல் நலத்தில் முன்னேற்றம், திறமையான மருத்துவ உதவி, போன்ற மற்றும் பல அம்சங்கள் பெண்களின் உடல் நலத்தை சாதகமாக ஊக்குவிக்கிறது.

பிரசவ பராமரிப்பு

நோயாளியை அனுமதிப்பது

மகப்பேறு மருத்துவமனையில் தேர்க்கப்பட்ட கர்ப்பிணி, வீட்டிலிருந்து கொணர்ந்த தனது உடைகளைக் களைய வேண்டும். தொற்று நோய்கள் ஏதாவது உள்ளனவா எனப்பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். சந்தேகத்திற்குஇடமான பெண்களை, சுகாதாரமான நோயாளிகளிடமிருந்து பிரித்துப் பராமரிக்க வேண்டும்.

செவிலியர் நோயாளியைப் பரிசோதிக்கிறாள். அனுமதிக்கப்படும் முன், தொற்று நோயாளிகளுடன் தொடர்பு கொண்டிருந்தாரா எனத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். சருமநிலை (சீழ் சரும அழற்சி, கொப்புள நோய்), மூக்கு மேற் தொண்டை, (சிவந்த நிலை, படைகள்), பிறப்புறுப்புக்கள் (சீழ் வெளிப்பாடு, காண்டிலோமா இன்னபிற); ஆகியவற்றை நன்கு பரிசோதிக்க வேண்டும். கர்ப்பிணியின் உடல் வெப்பம், நாடித்துடிப்பு ஆகியவை பதிவு செய்யப்படுகின்றன.

பூர்வாங்க பரிசோதனைக்குப் பின்னர் சுகாதாரமான கர்ப்பிணிகள் மகப்பேறு முதல் பகுதியில் (சுகாதாரப் பெண்களுக்கான) அனுமதிக்கப்பட வேண்டும்.

காய்ச்சல், சருமத்தில் சீழ்வெளிப்பாடு, இன்புளுயென்சா, டான்சில் அழற்சி அல்லது மற்ற தொற்றும் நோய்கள் கொண்ட கர்ப்பிணிகளை, சிறப்புப் பிரிவில் (இரண்டாவது பிரிவில்) அனுமதிக்க வேண்டும்.

மருத்துவமனை சிறிதாக இருந்து, சிறப்புப்பிரிவுகள் எதுவும் இல்லாவிடில், தொற்றும் நோய்களோ, காய்ச்சலோ கொண்ட நோயாளிகளை, தொற்றும் நோயாளிகளைப் பராமரிக்கும் வசதிகள் கொண்ட மற்ற மருத்துவ மனையில் அனுமதிக்க வேண்டும்.

அனுமதிக்கப்பட்டவுடன் கர்ப்பிணிக்கு சிறப்புச் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். பரிசோதிப்பதற்கான அறையில் கீழ்க்கண்ட பொருட்கள் இருக்க வேண்டும்:—

1) பரிசோதனைக்கான கட்டில். 2) மேசை, 3) எஸ்மார்க்கின் உட்கழுவி. 4) துலாக்கோல். 5) உயரம் அளவுமானி. 6) வெப்ப அளவுமானி. 7) ஸ்டெதாஸ்கோப்—மகப்பேறு சார்ந்த அல்லது சாதாரண. 8) கூபக அளவுமானி. 9) அளவை நாடா. 10) எனிமாவுக்கான எஸ்மார்க்கின் உட்கழுவி. இரண்டு முனைகளுடன் கூடியது. 11) பிறப்புறுப்புக்களைக் கழுவ எஸ்மார்க்கின் உட்கழுவி. 12) கத்தி. 13) கைகழுவ சுத்தமான பிரஷ்கள். 14) கர்ப்பிணியைக் கழுவ சுத்தமான பொஞ்சுகள். 15) கட்டுப்போடுவதற்கான இடுக்கிகள். 16) கரண்டி. 17) இரத்த அழுத்தமானி. 18) தொற்றற்ற சிரிஞ்சும் சரும அடி ஊசிகளும். 19) கத்திரிப்

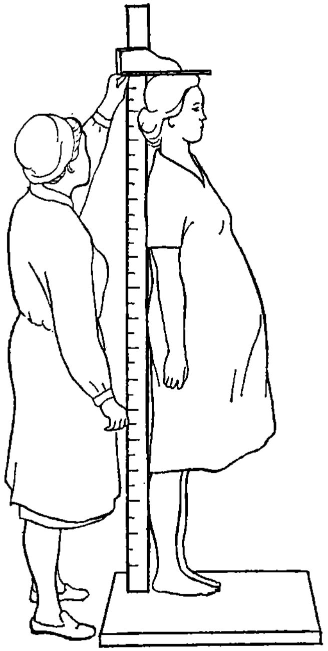
பான்கள். 20) இரத்த வகையை நிர்ண யிக்க தேவையான சீரா. 21) தொற்றற்ற பொருட்கள்—பஞ்சு, உருண்டை, கைக்குட்டைகள். 22) சோப். 23) அல்கஹால், டிங்க்சர் அயோடின், கிருமி நாசினிகள் (லைசோபார்ம், குளோரமைன்.) 24) எண்ணைத்துணிகள், லினன், துண்டுகள். 25) படுக்கை மலக்கலம்.

கர்ப்பிணியைப் பரிசோதித்து சிகிச்சை அளித்தல்

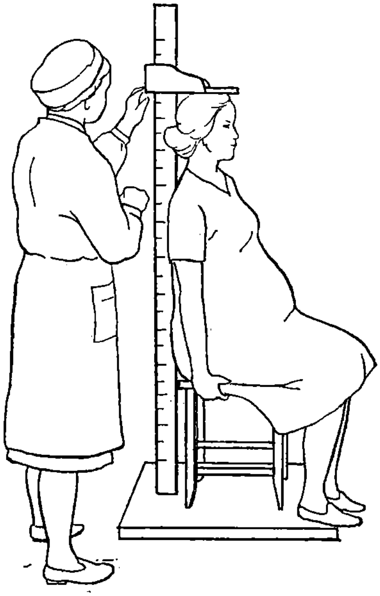
1) வரலாற்றை பதிவு செய்தல். அவளது, கடந்த கால விபரங்களைக் குறித்தல்.

2) பெண்ணை முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும். வெளித்தெரியும் சிலேட்டுமங்கள், வயிறு, கூபகப்பகுதி, இருதயம், நுரையீரல்கள், மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றை தட்டிப்பார்த்தல் முறை மூலமும், ஸ்டெத் மூலமும் பரிசோதித்தல். பெண்ணின் உயரம் அளவிடப்படுகிறது. (படம் 114) எடை கணக்கிடப்படுகிறது. (படம் 115) கர்ப்பிணியின் இரத்த அழுத்தம் கட்டாயமாக அளவிடப்பட வேண்டும்.

சுத்தமான லினன் விரிக்கப்பட்ட கட்டிலில் நோயாளி, கிடத்தப்பட்டு பரிசோதிக்கப்படுகிறாள் (தொட்டுப் பார்த்தல், தட்டிப்பார்த்தல், ஸ்டெத் முறை, கருப்பை மட்டத்தை அளவிடல், கூபக விட்டங்களை அளவிடல்). பிறப்புறுப்புக்கள் பரிசோதிக்கப்படல். பிரசவ அறையில் யோனிப்பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும்.

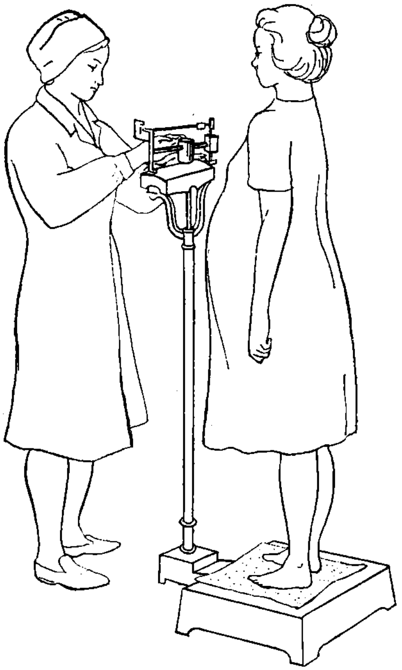


அ



ஆ

படம் 114. கர்ப்பிணியின் உயரத்தைக் கணக்கிடல்
அ) நின்று கொண்டு
ஆ) உட்கார்ந்து கொண்டு



படம் 115. கர்ப்பிணியின் எடையைச் சரிபார்த்தல்

கர்ப்பிணியின் புறவய பரிசோதனையின் முடிவுகள் பதிவேட்டில் குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.

4) கத்தி கொண்டு, பிறப்புறுப்பைச் சுற்றியுள்ள ரோமங்கள் மழிக்கப்பட வேண்டும். கத்திகள் எப்போதுமே அல்கஹாலிலேயே இருக்க வேண்டும். கர்ப்பிணியை மழிப்பதற்கு முன்பு, செவிலியர் தனது கைகளை நன்கு கழுவி. அல்கஹாலால் துடைக்கிறாள். தொற்றற்ற பஞ்சு அல்லது பிரஷ் கொண்டு, புறப்பிறப்புறுப்புக்களின் மீது சோப் நுரையைத் தடவிப் பின்னர் மழிக்க வேண்டும். பூப்பு முகப்பு, பேரிதழ், விடபம் ஆகியவற்றிலுள்ள எல்லா ரோமங்களும் அகற்றப்பட வேண்டும்.

5) மழித்த பின்னர் புறப்புறப்புறுக்களை, பலவீனமான கிருமி நாசினிக் கரையம் கொண்டு (1% லைசோபார்ம் 0.5% குளோரமைன், அல்லது 1:6000 பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம்) சுத்தம் செய்ய வேண்டும். இடுக்கியில் தொற்றற்ற வலைத் துணி கொண்டு, பிறப்புறுப்புக்களை உலர்ந்த வேண்டும். சிறப்பான சூழ்நிலைகளில், பீச்சாங்குழலை உபயோகிக்கலாம்.

யோனியிலிருந்து, நோய் சார்ந்த வெளிப்பாடு எதுவும் இல்லை எனில், கர்ப்பிணியை, ஒரு உலர்ந்த குவளையில், சிறுநீர் பெய்யச் சொல்ல வேண்டும். 8—10 மி.லி சிறுநீரைப் பரிசோதனைக்கு அனுப்ப வேண்டும்.

யோனியிலிருந்து சீழ்வளிப்பட்டால், ஒரு சுத்தமான கதீட்டர் கொண்டு சிறுநீரைச் சேகரிக்க வேண்டும். கதீட்டரைச் செலுத்துவதற்கு முன்னர், செவிலியர், தனது கைகளை நன்கு கழுவி, அல்கஹாலால் துடைக்க வேண்டும். அல்குலையும் கிருமி நாசினி திரவம் கொண்டு, சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

கர்ப்பிணியின் சிறுநீர் கட்டாயமாகப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். அசிடிக் அமிலம் கலந்து கொதிக்க வைப்பதன் மூலம் புரதம் இருக்கிறதா எனத் தெரியலாம். (அல்லது எக்ஸ்டன் பரிசோதனை.)

சிறுநீரின் மற்ற பரிசோதனைகள், ஆய்வகத்தில் செய்யப்பட வேண்டும்.

அசிடிக் அமிலப் பரிசோதனை: 8—10 மி.லி சிறுநீரை ஒரு சோதனைக் குழாயில் எடுத்துக் கொண்டு, சாராய விளக்கு கொண்டு கொதிக்க வைக்க வேண்டும். சிறுநீரில் புரதமோ, உப்புக்களோ இருந்தால், கொதித்தவுடன் கலங்கலடைகிறது. பின்னர் பலவீனமான (3—5%) அசிடிக் அமிலத்தின் சில சொட்டுக்களை இட்டு மீண்டும் கொதிக்க வைக்க வேண்டும். கலங்கல்

மறையாவிடில், சிறுநீரில் புரதம் இருக்கிறது எனக் கொள்ள வேண்டும். கலங்கல் மறைந்து தெளிவடைந்தால், அமிலம் தவிர வேறு ஏதோ உப்புக்கள் இருப்பதால் முதலில் கலங்கலடைந்தது என் கொள்ள வேண்டும்.

எக்ஸ்டனின் சோதனை: ஒரு சோதனைக் குழாயில், வடிகட்டிய சிறுநீரை 4—5 மி.லி இட வேண்டும். 8—10% சல்போசலிசிலிக் அமிலத்தின் 8—10 சொட்டுகளை இட வேண்டும். சிறுநீரில் அல்புமின் இருந்தால், சிறுநீர் கலங்கலடையும் அல்லது படலங்கள் படியும்.

6) கர்ப்பிணிக்கு, சுத்திகரிக்கும் இனிமா ஒன்று கொடுக்கப்பட வேண்டும். பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தில் கர்ப்பிணி இருந்தால், இனிமா கொடுக்கக் கூடாது.

3—4 குவளைகள் கொதிக்கும் தண்ணீர் கொண்டு இனிமாவை தயார் செய்ய வேண்டும். பெண் தனது இடது பக்கமாகச் சாய்ந்து படுத்திருக்கிறாள். இனிமாக் குழாயின் நுனி சுத்தமாக இருக்க வேண்டும். ஏற்கனவே பயன் படுத்த நுனிகளை நன்கு கழுவி, கொதிக்க வைக்கப்பட்டு, லைசோபார்ம் கரையத்தில் வைக்க வேண்டும்.

கழிப்பிடத்தினுள், கர்ப்பிணியைத் தனியாக விட்டுவிட்டு வந்து விடக் கூடாது, ஏனெனில் வயிற்றுத் தசைகளின் சுருக்கத்தால், வெளிப்படுத்தும் பிரசவ வலிகள் தூண்டப்படலாம்.

7) சுத்திகரிக்கும் இனீமா கொடுக்கப் பட்ட பின்னர், நோயாளியின் நீட்டியுள்ள நகங்கள் வெட்டப்பட வேண்டும். தலையிலுள்ள ரோமம் பரிசோதிக்கப்பட்டு, சோப்பால் கழுவப்பட வேண்டும்.

8) கர்ப்பிணி, துளிக்குளியல் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். தண்ணீரிலிருந்து யோனிக்குள், நோயூக்கும் கிருமிகள் செல்வதைத் தவிர்க்க வழக்கமான குளியல்கள் தடை செய்யப்படுகின்றன. துளிக்குளியல் இல்லாவிடில், ஒரு பாத்திரத்திலிருந்து தண்ணீரை மொண்டு, ஒரு செவிலியர் நோயாளியின் மீது ஊற்றலாம். துளிக்குளியலின் பின், கர்ப்பிணியை, துண்டு கொண்டு உலர்த்தி, சுத்தமான அங்கியும், உள்ளாடையும் அணிவிக்க வேண்டும். தலை ரோமத்தை ஒரு கைக்குட்டை கொண்டு மூட வேண்டும். வயிற்றுத் தசைகள் சுருங்கத் துவங்கினால், பிரசவ அறைக்கு நேரடியாக எடுத்து செல்ல வேண்டும்.

பிரசவ அறைகள்

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், கர்ப்பிணி, பிரசவ அறையில் இருக்க வேண்டும். இரண்டாவது கட்டம் (வெளியேற்றக் கட்டம்) துவங்கியதும், கர்ப்பிணி பிறப்பு அறைக்கு மாற்றப்படுகிறாள். மருத்துவ மனை சிறியதாக இருந்தால், பிரசவ அறை எனத்தனியான அறை இருக்காது. அனுமதிக்கப் பட்டவுடனேயே பிறப்பு அறையில் வைக்கப்படுகிறாள்.

பிரசவ, பிறப்பு அறைகள், அப்பழுக்கற்ற சுத்தத்துடன் இருக்க வேண்டும். பிரசவத்தை நடத்த மிகமிக அவசியமான கருவிகளும் சாதனங்கள் மட்டுமே, அந்த அறையில் இருக்க வேண்டும். அப்போது தான் அசுத்தங்களைத் தவிர்க்க முடியும்.

பிரசவ அறையில் கட்டில்கள், மருந்துகளுக்கான அலமாரிகள் (உணர்வு நீக்கி, இருதய, இரத்த உறை மருந்துகள் கிருமி நாசினி முதலியன), கருவிகள், படுக்கை அருகே சிறிய மறை அறை, எழுதுவதற்கான (அனுமதிக்கப் பட்டது, பிரசவ விபரம்) மேசை,

தொற்று நீக்கப்பட்ட மருந்துகளை வைக்க ஒரு மேசை, கைகழுவு கலம் (தண்ணீர், சோப், பிரஷ்கள் முதலியன) ஆகியவை இருக்க வேண்டும்.

பிறப்பு அறையில் இருக்க வேண்டியவை: கட்டில்கள், தோற்று நீக்கப்பட்ட பொருட்களையும் கருவிகளையும் வைக்க சக்கரங்கள் கொண்ட மேசை, புதிய சிசுவுக்கு முதலுதவி அளிக்கத் தேவையான பொருட்களைக் கொண்ட மேசை, சிசுவின் எடையைக் கணக்கிட துலாக்கோல், உயரமானி, பிறப்பு விபரங்களை எழுதுவதற்கான ஒரு மேசை, தொற்று நீக்கி கொண்ட பெட்டிகளுக்கான ஒரு மேசை, கிருமி நாசினி கரையங்களைக் கொண்ட குப்பிகள், மருத்துவமனையில் தனியான பிரசவ அறை இல்லாவிடில், பிறப்பு அறையிலேயே எல்லாப் பொருள்களையும், கருவிகளையும் வைத்திருப்பது நல்லது.

பிறப்பு அறையில் இருக்க வேண்டிய மருந்துகள் வருமாறு: இருதய மருந்துகள் (காஃபீன், கேம்ஃபர், கார்டியசோல் முதலியன), இரத்த உறை மருந்துகள் (எர்கோமெட்ரீன், பிட்யூட்டரின், ஆக்ஸிடோசின் முதலியன) உணர் நீக்கிகள் (தனிப்பெட்டியில் வைக்கப் பட வேண்டும்) சிசுக்களில் கண் நோய் வராமல் தடுக்க, முன்காப்பாக, புதிதாக தயாரிக்கப்பட்ட 2% வெள்ளி நைட்ரேட் கரையம், அல்கஹால், டிங்சர் அயோடின், கிருமி நாசினிகள், கொப்பூழ் கொடியை வெட்ட தொற்று நீக்கப்பட்ட கத்திரிக்கோல், தொப்பூழ் கொடியைக் கட்ட கயிறு, தொற்று நீக்கப்பட்ட பொருள்கள், சிரிஞ்சுகள், உடலியங்கியல் உப்புக் கரையம், பாப்ரோவ் கருவி, மூச்சுத்திணறலுடன் கூடிய சிசுவுக்கு புத்துயிர்கள் கொடுக்க கருவி, (தாலங்கள், குளிர்ந்த சூடான தண்ணீர், மேல் மூச்சுப்பாதைகளிலிருந்து சளியை உறிஞ்சி எடுக்க ரப்பர் சிரிஞ்சு). ஆகியவை எப்போதும் இருக்க வேண்டும்.

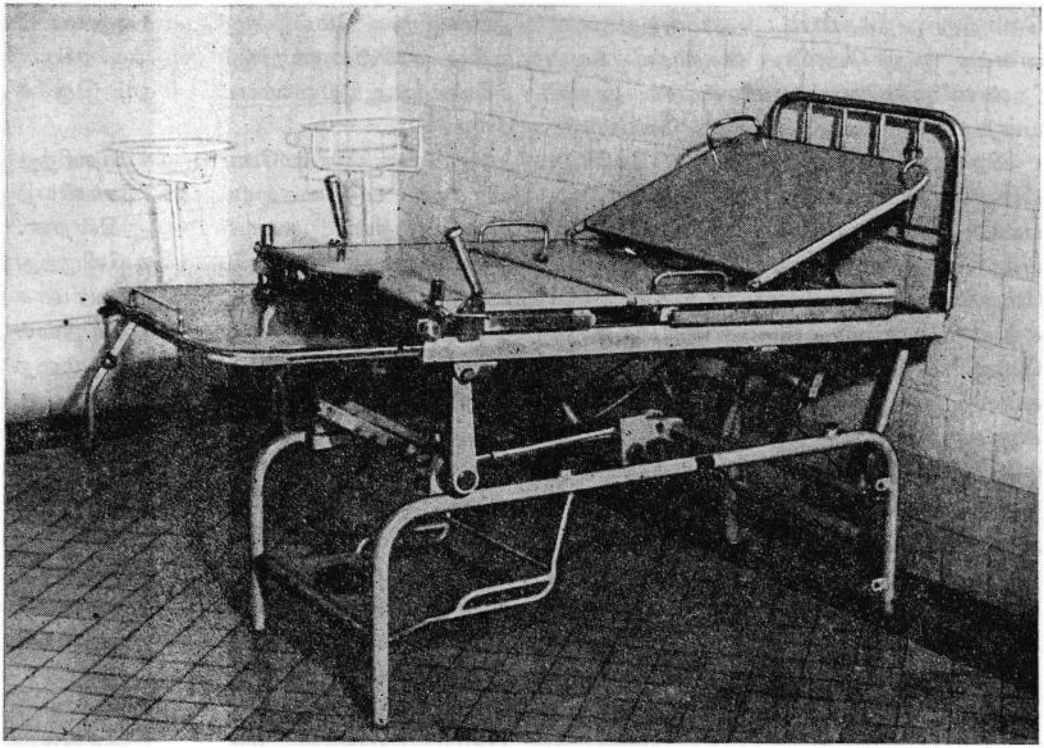
ஏ. என். ராக்மனோவ் நிர்மாணித்த பிரசவப் படுக்கையை, பல சோவியத் நிறுவனங்கள் பயன்படுத்துகின்றன. அது, சாதாரணப் படுக்கையிலிருந்து மாறுபடுகிறது:—1) அது உயரமாக இருக்கிறது. (2வது 3வது பிரசவ நிலைகளில் மகப்பேறுக்கான செயல் முறைகளுக்கு வசதியாக இருக்க.) 2) நீட்டி மடக்கக் கூடிய இரண்டு பகுதிகள் (படங்கள் 116, 117). படுக்கையின் கால்பகுதியை படுக்கையின் பிரதானப் பகுதிக்கு அடியில் பொருத்த முடியுமாதலால், கர்ப்பிணியின் கூபகத்தை (இடுப்பை) படுக்கையின் ஓர விளிம்பு வரை கொண்டு வர முடியும். (குறுக்குப் படுக்கை) பிரசவிப்பியின் கால்கள் மடக்கப்பட்டிருப்பதால், அவளது பிறப்புறுப்புக்கள், மகப்பேறு செய்திறனுக்கு வசதியாக உள்ளன.

படுக்கையின் தலைப்பகுதியை, உயரமாகவோ, குட்டையாகவோ வைக்க முடியும். மெத்தையில் இரண்டு பகுதிகள் உள்ளன; இதில் ஒன்றை சகஜமான பிரசவத்தின் போது அகற்றிவிட முடியும் அல்லது ஒரு குறுக்குப் படுக்கையாகவும் மாற்றலாம்.

அதிக வசதியுடன் கூடிய பிரசவப்படுக்கைகள் தற்போது கிடைக்கின்றன.

முதல் கட்டம்

பிரசவ அறையில் கர்ப்பிணியைச் சேர்த்ததும், மகப்பேறு நிபுணர், அவளது வரலாற்றை பதிவு செய்கிறார்; பொதுப்படையாக, மீண்டும் ஒரு முறை பரிசோதிக்கிறார். (உடல்வாகு, வயிற்



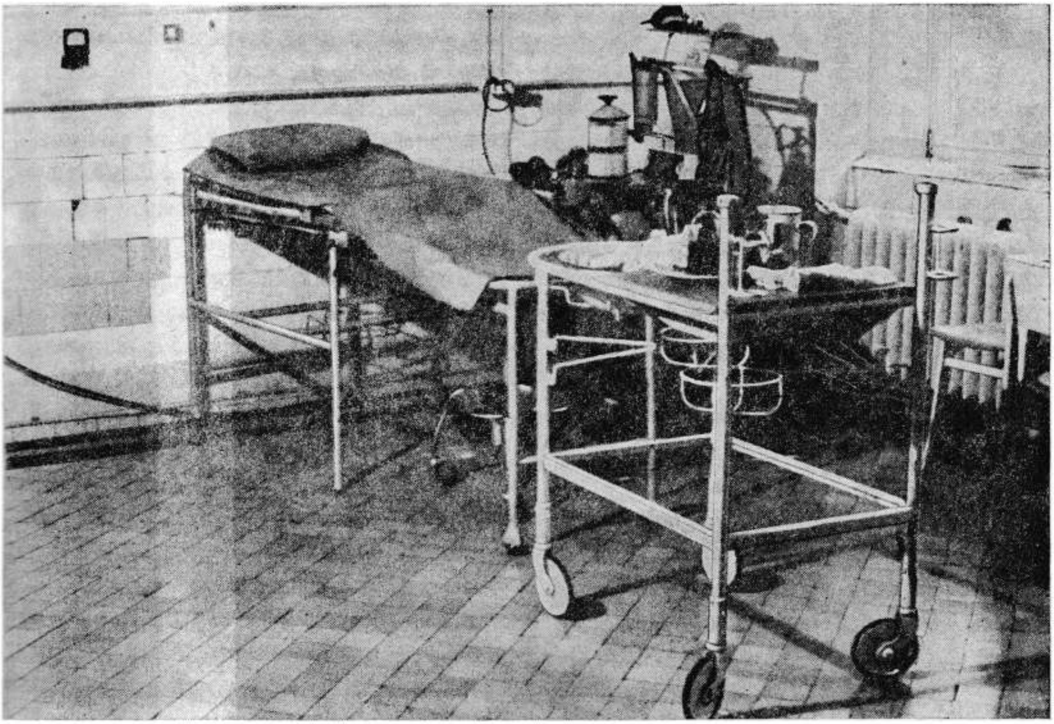
படம் 116. ராக்மனோவின் நீட்டி மடக்கக்கூடிய படுக்கை

றின் வடிவம், மைக்கேலிசின் சாய்சதுரம் முதலியன) முழுமையான மகப்பேறு பரிசோதனை பத்திய எல்லா விபரங்களும் பதிவு செய்யப்படுகின்றன.

பிரசவிப்பி, படுக்கையில் கிடத்தப்படுகிறாள். பனிக்குடம் உடையாமல் இருந்தால், சுருக்கங்கள் பலமாக இல்லாமலிருந்தால், சிசு தலை உச்சித் தோற்றத்தில் இருந்தால், அவளை நடக்க அனுமதிக்கலாம். இல்லையெனில், அவள் படுக்கையைவிட்டு எழுந்திரிக்கக் கூடாது. மல்லார்ந்து, பக்கவாட்டில், வசதியான எந்த நிலையிலும் அவள், படுத்திருக்கலாம்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், பிரசவிப்பியை இடைவிடாது கண்காணிக்க வேண்டியது (அசதி, தலைச்சுத்தல், தலைவலி, பார்வையில் கோளாறு) மகப்பேறு நிபுணரின் கடமையாகும். பிரசவத்தின் போக்கை மிகவும் கவனத்துடன் பின்பற்ற வேண்டும். சிசுவின் இருதயத் துடிப்பையும், தாயின் நாடித்துடிப்பையும் கண்காணிக்க வேண்டும். முறையான பிரசவத்தின் போது, தாயின் நாடித்துடிப்பு அதிகரித்தாலும், லயத்துடன் சீராக இருக்கிறது. கர்ப்பிணியின் உடல் வெப்பம், தினமும் 2—3 தடவைகள் பதிவு செய்யப்பட வேண்டும்.

முதல் கட்டம் முழுவதும், பிரசவத்தின் தன்மையைக் கவனிக்க வேண்டும். சுருக்கங்களின் வலுவையும், அதன் நேரக்கூறையும் மகப்பேறு நிபுணர் மதிப்பிட வேண்டும். சுருக்கங்களின்



படம் 117. கர்ப்பிணிக்காகத் தயார் செய்யப்பட்ட ராக்மனோவின் படுக்கை.

எண்ணிக்கையையும் கணக்கிட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் விரிவடைந்த கட்டத்தில், பிரசவிப்பியை, **புறப்பரிசோதனைகளுக்கு** உட்படுத்த வேண்டும். சிசுவின் உதயம் (தோற்றம்), கூபகநுழைவாயிலுக்கு மேலே அதன் நிலை, (மிதந்து கொண்டு இருக்கிறதா, நிலைபெற்று விட்டதா, எங்கு நிலை பெற்றது) சுருக்கங்களின் போது கருப்பையின் நிலையமைதி, கருப்பை உச்சியின் மட்டம், சுருக்க வளையத்தின் நிலை, ஆகியவை கவனிக்கப்பட வேண்டும். சுருக்கங்களின் வலுவையும், நேரக்கூறையும், கருப்பையின் உச்சியின் மீது கை வைத்துத் தெரியலாம். கருப்பை விரிவடைவதையும், தொட்டுப் பார்த்து உணரலாம். பெரிய மகப்பேறு மருததுவமனைகளில், கருப்பைச் சுருக்கங்களை, கருப்பை வரைவுமானியால் அளவிடலாம். முறையான பிரசவத்தில், சுருக்கங்களுக்குப் பிறகு கருப்பை நன்கு விரிவடைகிறது. முறையான பிரசவத்தில், சுருக்க வளையம், ஒரு குறுக்கு முகடு போன்ற அமைப்பாக இருக்கிறது. புறத்துவாரம் படிப்படியாகத் திறக்கும் போது, வளையம் மேல் நோக்கிச் செல்கிறது. முதல் கட்டத்தின் இறுதியில், பூப்பிணைப்புக்கு ஒரு கை அகலத்தில் மேலே இருக்கிறது. கருப்பையின் மட்டம் உயருகிறது. பிரசவத்தின் துவக்கத்தில் கருப்பையின் உச்சி, விலா எலும்பு வளைவுக்கும், தொப்பூழுக்கும் இடையே உள்ளது. முதல் கட்டத்தின்

இறுதியில் விலா எலும்பு வளைவுக்கு மேலாகச் செல்கிறது.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில் (பனிக் குடம் உடையாத போது) 15—20 நிமிட இடைவெளியில் சிசுவின் இருதய தொனியைக் கேட்க வேண்டும். அம்னி யாடிக் திரவம் வெளிப்பட்டபின் 5—10 நிமிட இடைவெளியில் கேட்க வேண் டும். இருதயத் துடிப்பு மிகையானாலும் (160க்கும் மேல்), 110க்குக் குறைந் தாலும், வரப்போகும் மூச்சுத் திணற லின் அறிகுறியாகும்.

பிரசவத்தின் பனிக்குடம் உடைதலும், திரவ இழப்பும் மிகவும் முக்கியமான சம்பவங்களாகும். மகப்பேறு டாக்டர், இதில் சிறப்பு கவனம் செலுத்துவார். பொதுவாக, கருப்பைக் கழுத்து முழு மையாக விரிவடைந்தவுடன், அம்னி யாடிக் திரவம் வெளிப்படுகிறது. திர வம் தெளிவாக இருக்கிறது. அதில் முதல் மலம் (மீகோனியம்) காணப்பட் டால், அது, சிசுவின் மூச்சுத்திணறலின் அறிகுறியாகும். திரவத்தில் இரத்தம் காணப்பட்டால், கழுத்துத்துவாரத் தின் விளிம்புகள் கிழி பட்டிருக்கலாம். நஞ்சுக் கொடி பிரிந்திருக்கலாம், ஏதோ ஒரு நோயூக்கு நிகழ்வு நடை பெற்றிருக்கலாம். திரவ இழப்பின் போது தலைநிலைபெறாமலிருந்தால், தொப்பூழ் கொடியோ அல்லது சிசுவின் கையோ, திரவ வெளிப்பாடுடன், வெளி வருகிறது. தொப்பூழ் கொடி வெளிவந் தால், மூச்சுத்திணறல் உண்டாகிறது; கைவெளி வந்தால், முழுமையாக சிசு வெளிப்படுவது, தடைபடுகிறது.

பெண் அமைதிக்கப்பட்டவுடனும், பனி நீர் இழப்பின் பின்னரும், யோனிப் பரிசோதனை அவசியமாகிறது. பின் னர், வெளியேற்றக் கட்டத்தின் நீடிப்பு. சிசுவின் இனந்தெரியாத தோற்றம், பிறப்புப் பாதையிலிருந்து குருதிப்பெ ருக்கு, சிசுவின் மூச்சுத்திணறல் ஆகிய வற்றின் போது, யோனிப்பரிசோத னை செய்யலாம்.

யோனிப்பரிசோதனை மூலம் கீழ்க் கண்ட விபரங்கள் தெரிய வருகின்றன: யோனியின் நிலை (அதன் உட்துவாரம், குறுக்கும், தடுப்புச்சுவர்கள்), கழுத்து (குட்டையாக, உருமறைந்து), விரிவ டைந்த நிலையும், உட்துவாரத்தின் நிலையும் (மெல்லியதாக, பருமனாக, விரிவடைந்து, விறைப்பாக); படலங்க ளின் தன்மை (கிழிந்து பட்டு, முழுமை யாக இருந்து, அல்லது விறைப்பு நிலை, தொய்வு நிலை); தோன்றும் பகுதியும் கூபகத்தளத்திற்கான உறவும் (மிதந்து கொண்டிருக்கிறதா, சிறிய பகுதியுடன் அல்லது பெரிய பகுதியுடன் நிலை பெற் றுள்ளதா; கூபகக்குழியின் உள்ளே, அல் லது கூபக வெளிவாயிலில்); தோன்றும் பகுதியின் எல்லைகளைத் தொட்டுப் பார்க்கலாம்; முடிந்தால் கூபக எலும்பு களின் உட்பரப்பையும் தொட்டு அறி யலாம். மூலைவிட்ட இணைப்பளவு அளவிடப்படுகிறது; (திரிகமுனைப்பைத் தொட முடிந்தால்).

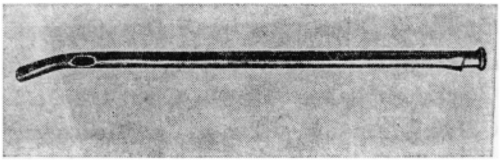
பிரசவம் முழுவதிலும், பிறப்புப்பா தையிலிருந்து வரும் வெளிப்பாடுகளை கவனமாக ஆராய வேண்டும். பனிநீர், கருப்பையிலிருந்து வெளிப்படும் முன் னர், தெளிவான, பாகு போன்ற சளி ஒன்று, கழுத்துக்கால்வாயிலிருந்து வெளிப்படுகிறது.

சிறுநீர்பை, குடல்கள் ஆகியவற்றின் பணிகளையும் ஆராய வேண்டும். நிறைந்த சிறுநீர்பையோ அல்லது மலக் குடலோ சகஜமான பிரசவத்தைப் பாதிக்கிறது. (கழுத்தின் முழுமையான விரிவு, சிசுவும், நஞ்சுக் கொடியும் வெளியேற்றப்படல்)

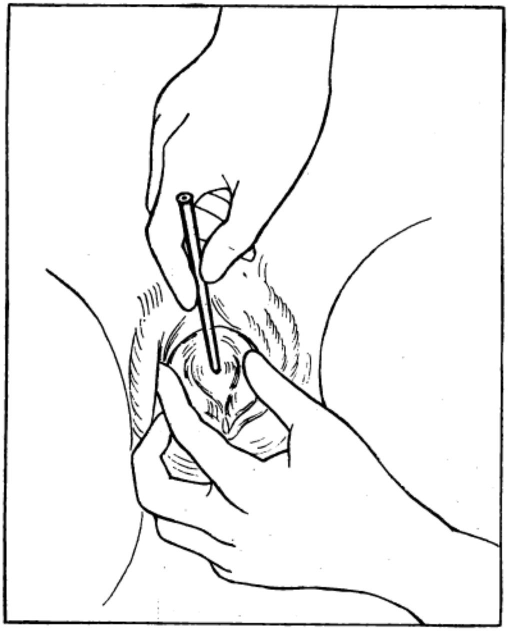
விறைப்புத்தன்மை இல்லாததால், சிறுநீர்பை நிறைந்து இருக்கிறது.

பெண்ணுக்கும் சிறுநீரை வெளியேற்ற ஆர்வமும் இல்லை. சிசுத்தலை பூப்பிணைப்பிற்கு எதிராக அமுக்கிக் கொண்டிருப்பதால் சிறுநீர்புறவழி அடைபட்டிருப்பதும் நிறைந்த சிறுநீர்பைக்கு மற்றுமொரு காரணமாகும். சிறுநீர்பை நிறைந்து வழிவதைத் தடை செய்ய, கர்ப்பிணியை 2—3 மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை, ஒண்ணுக்குப் போகப் பணிக்க வேண்டும். அவள் ஒண்ணுக்குப் போகவில்லை யென்றால், உட்குழாய் கொண்டு சிறுநீரை அகற்ற வேண்டும்.

உட்குழல் செலுத்துவது,கீழ்க்கண்டவாறு: செய்யப்பட வேண்டும்: பலவீனமான கிருமி நாசினி கரையம் கொண்டு, புறபிறப்பு உறுப்புக்களைக் கழுவ வேண்டும். தொற்று நீக்கப்பட்ட பிரஷ் கொண்டு, சோப்பாலும், தண்ணீராலும், நர்சு, தனது கைகளைக் கழுவ வேண்டும். கைகளை அல்கஹால் கொண்டு கழுவ வேண்டும். இடது கையின் ஆள்காட்டி விரலையும், கட்டை விரலையும் கொண்டு, சிறுநீர் புறவழியின் துவாரத்தை வெளிப்படுத்த, அருகேயுள்ள உதட்டைப் பிரிக்க வேண்டும். பலவீனமான கிருமி நாசினிக் கரையம் கொண்டு (லைசோபார்ம், பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட்), துவாரத்தை சுத்தம் செய்ய வேண்டும். சிறுநீர் புறவழி மூலமாக, உட்குழாயை (கதீட்டர்) மெதுவாக, சிறுநீர் பையினுள் செலுத்த வேண்டும். (படம் 118, 119) வெளிப்படும் சிறுநீரில் இரத்தமோ, அல்லது கலங்கலோ இருக்கிறதா எனப் பரிசோதிக்க வேண்டும். தேவை இருந்தால், சிறுநீரையும் பரிசோதிக்க வேண்டும், உரிய காலத்தில் மலத்தையும் அகற்ற வேண்டும். பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் 12—15 மணி நேரங்களுக்கு மேல்



படம் 118. பெண்ணுக்கான உட்குழாய்



படம் 119. சிறுநீர்பையினுள் உட்குழலைச் செலுத்துதல்

நீடித்தால், சுத்திகரிப்பு இனிமா கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவிப்பியின் புறபிறப்புறுக்கள், பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், 5—6 மணி இடைவெளிகளில், சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். ஒண்ணுக்குப் போன பின்னரும், மலங்கழித்த பின்னரும், பிறப்புறுப்பு சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது மிகையாக சக்தி வரயமாவதால், கர்ப்பிணி உணவு

எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். எளிதில் கிரகிக்கப்படும் உணவுகள் (கஞ்சி, பால் பண்ணைப் பொருட்கள், இனிக்கும் தேயிலை முதலியன) கொடுக்கப்பட வேண்டும். சில போது, கர்ப்பிணிக்கு பசியே இராது. பட்டினியாக இருப்ப தால் கர்ப்பிணிக்கு ஏற்படும் தீய விளை வுகளை கவனத்தில் கொண்டு, செவி லியர், உரிய காலத்தில், உணவு வழங்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில் வலி யைப் போக்க வழிகள் கையாளப்பட வேண்டும்.

கருப்பைக் கழுத்துத்துவாரம் முழு மையாக விரிவடைந்தவுடன், வெளி யேற்று கட்டம் துவங்குகிறது. இதன் போது பனிக்குடம் (படலங்கள்) உடை கின்றது. (சில போது, முழுமையான விரிவுக்கு முன்னரே உடைகிறது.) உடைந்ததைத் தொடர்ந்து முன்னே யுள்ள திரவங்கள் வெளிப்படுகின்றன. பனிக்குடம் உடையாமல் இருந்து, பிறப்புறுப்புப் பிளவின் வழியாகத் தோன்றினால், வயிற்றுத் தசைச் சுருக் கங்களும் துவங்கினால் பனிக்குடத்தை, விரல் கொண்டு அல்லது அறுவைக் கருவி கொண்டு துளைத்து விடலாம்.

பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டம்

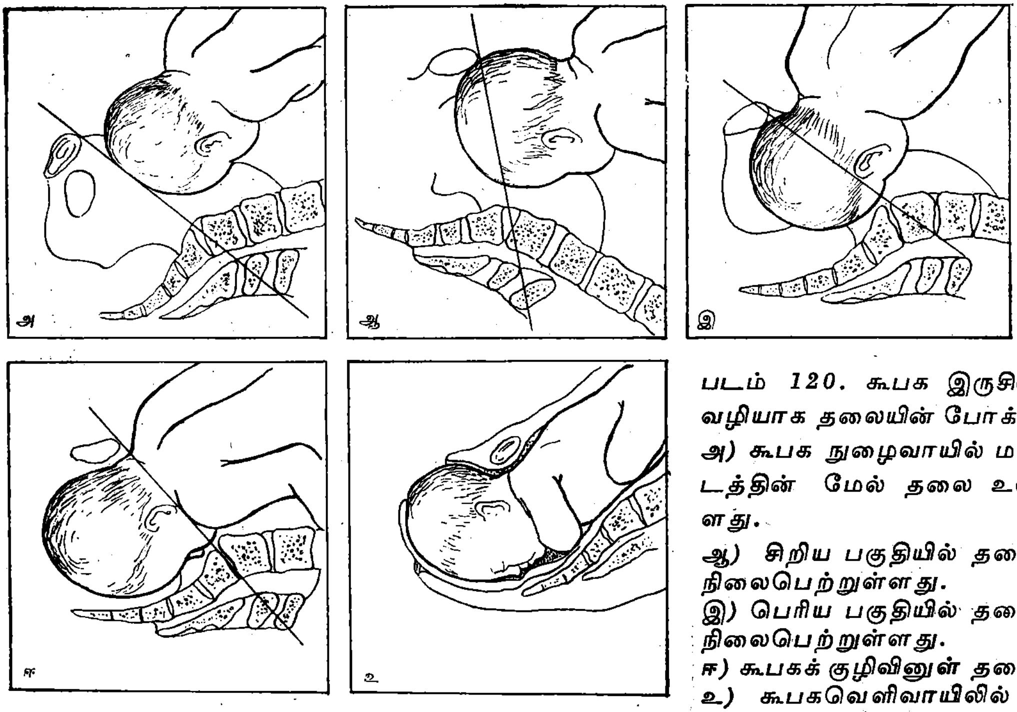
பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத் தின் போது (வெளியேற்று கட்டம்), கர்ப்பிணி, மட்டுமின்றிகளைப்படைகி றாள். அவளது இருதய இரத்த நாள மண்டலம், தசை மண்டலம், மூச்சுமண் டலம் போன்ற மற்ற பல உறுப்புக்க ளும் மிகையாகப் பணி புரிகின்றன. ஆகவே மேற்கண்ட மண்டல நோயா ளிகள், இரண்டாவது கட்டத்தில், இரு தய மற்றும் வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறுகளால் பாதிக்கப்படலாம்.

நீண்டகாலம் நீடிக்கும் வெளியேற்று கட்டம், கருப்பை, வயிற்றுத் தசைக ளின் வலுவான, அடிக்கடியான சுருக் கங்கள், சகஜமான கருப்பைநஞ்சுக் கொடி இரத்த ஓட்டத்தைப் பாதித்து, மூச்சுத்திணறலைத் தோற்றுவிக்கலாம். ஆகவே பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத் தின் போது கர்ப்பிணியின் நிலையையும், கருப்பை உள் சிசுவின் நிலையையும் சிறப்பாக கவனிக்க வேண்டும்.

கர்ப்பிணியின் பொது உடல் நிலை, அவளது சருமம், வெளித் தெரியும் சிலேட்டுமத்தின் வண்ணம், நாடித்து டிப்பு, இரத்த அழுத்தம் ஆகியவற்றை திட்டமிட்டு முறைப்படி மகப்பேறு நிபு ணர், கணிக்க வேண்டும். நோயாளியின் அகவய நிலைபற்றியும் (தலைவலி, பார்வையில் கோளாறுகள் ஆகியவை) கவனிக்க வேண்டும். பிரசவத்தின் தன் மை (சுருக்கங்களின் வலு, நேரக்கூறு, தன்மை) யையும், கருப்பையின் நிலை யையும் கவனிக்க வேண்டும்.

மீண்டும் மீண்டும் செய்யப்படும் மகப்பேறு பரிசோதனைகள் மூலம், பிர சவத்தின் வெளியேற்றுக் கட்டத்தின் போது, பிறப்புப்பாதை வழியாகச் செல்லும் தோன்றும் பகுதியின் போக் கை நிர்ணயிக்கலாம். 3வது 4வது முறைகளைப் பின்பற்றி, சிசுத்தலைக் கும், சிறிய கூபகத்தின் பல்வேறு மட் டங்களுக்கும் உள்ள தொடர்பை கணிக் கலாம். ஆனால் யோனிப் பரிசோதனை மூலம், பல நம்பகரமான விபரங்கள் கிடைக்கின்றன. சிசுத்தலையின் நிலை கீழ்க்கண்டவாறு வரையறுக்கப்படுகி றது.

1) கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தின் மேல் தலை மிதக்கிறது. (படம் 120 அ) தலை முழுவதும் கூபக நுழைவாயி லின் மேல் உள்ளது. அது எளிதில் அசை கிறது. (குலுக்க முடிகிறது) அல்லது



படம் 120. கூபக இருசின் வழியாக தலையின் போக்கு
அ) கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தின் மேல் தலை உள்ளது.
ஆ) சிறிய பகுதியில் தலை நிலைபெற்றுள்ளது.
இ) பெரிய பகுதியில் தலை நிலைபெற்றுள்ளது.
ஈ) கூபகக் குழிவினுள் தலை
உ) கூபகவெளிவாயிலில் தலை

கூபக நுழைவாயிலில் நிலை பெற்றுள்ளது. யோனிப்பரிசோதனை மூலம் கீழ்க்கண்டவை தெரிய வருகிறது:—

கூபகக்குழிவு காலியாக இருக்கிறது; தலை மேலே மிதந்த கொண்டிருக்கிறது; இலியோ பெக்டீனியக் கோட்டை தொட்டுப் பார்ப்பது எளிதாக இருக்கிறது. அல்லது திரிக முனைப்பை (அதை விரல் மூலம் அடைய முடிந்தால்) தொட்டுப் பார்ப்பதும் எளிது. மட்டத்தையல் குறுக்கு விட்டத்துடன்இணைந்து இருக்கிறது. முன்புற உச்சி மென்தோலும் பின்புற உச்சி மென்தோலும் ஒரே மட்டத்தில் உள்ளது (பின்தலைத் தோற்றம்).

2) தலை, அதன் சிறிய பகுதியுடன் நிலைபெற்றுள்ளது. (படம் 120 ஆ) தலை அசைவற்றுள்ளது, அதன் பெரும் பகுதி நுழைவாயில் மட்டத்திற்கு மேலே இருக்கிறது. தலையின் ஒரு சிறிய பகுதி நுழைவாயில் மட்டத்திற்குக் கீழே இருக்கிறது. யோனிப்பரிசோதனை மூலம், திரிகக் குழிவு காலியாக இருப்பது தெரிகிறது. மடக்கிய விரல் கொண்டு திரிக முனைப்பைத் தொட முடியும். (அதை அடைய முடியுமானால்) பூப்பிணைப்பின் உட்பரப்பை பரிசோதிக்க முடிகிறது. மட்டத்தையல் குறுக்கு விட்டத்துடனோ அல்லது சாய்வு விட்டத்துடனோ இணைந்து இருக்கிறது.

3) அதன் பெரிய பகுதியுடன், தலை நிலை பெற்றுள்ளது (படம் 120 இ) வெளிப்புறப் பரிசோதனை மூலம் தனது பெரிய பகுதியுடன் கூபக நுழைவாயிலின் கீழே தலை அமைந்துள்ளது. (தலை கூபகக் குழிவினுள் இறங்கியுள்ளது) தலை, திரிகத்தின், பூப்பிணைப்

பின் 1/3 பகுதியின் மேல் உள்ளது; திரிக முனைப்பைத் தொட முடியவில்லை; இஸ்கியப்புடைப்புகளை எளிதில் தொட முடிகிறது; என யோனிப்பரிசோதனை மூலம் தெரிகிறது. தலை மடங்கியுள்ளது, பின்புற உச்சி மென் தோல், முன்புற உச்சி மென் தோலுக்குக் கீழே இருக்கிறது; மட்டத்தையல், குறுக்கு விட்டத்துடனோ அல்லது சாய்வு விட்டத்துடனோ இணைந்துள்ளது.

4) கூபகக்குழியின் அகன்ற பகுதியில் தலை காணப்படுகிறது. வயிறு வழியாக, தலையின் சிறிய பகுதியை (முன் தலை) மட்டுமே தொட முடிகிறது. கூபகக் குழியின் அகன்ற பகுதி வழியாக, தலை சென்றுள்ளது எனவும், பூப்பிணைப்பின் உட்பரப்பின் 2/3 பகுதியிலும், திரிகக் குழியின் மேற்பகுதியிலும், தலை காணப்படுகிறது எனவும் யோனிப்பரிசோதனை மூலம் தெரிய வருகிறது. 4வது 5வது திரிக முள்ளெலும்பையும், இஸ்கியப்புடைப்புகளையும், எளிதில் தொட்டுப் பார்க்க முடிகிறது. மட்டத்தையல், குறுக்கு விட்டங்களின் ஒன்றுடன் இணைந்துள்ளது.

5) கூபகத்தின் குறுகலான பகுதியில் தலை காணப்படுகிறது (படம் 120 ஈ) தலையைத்தொட்டுரை முடியாது. திரிகக்குழியின் மேற்புற 2/3 பகுதியிலும், பூப்பிணைப்பின் உட்பரப்பு முழுவதிலும் தலை காணப்படுகிறது என யோனிப் பரிசோதனை மூலம் தெரிகிறது. இஸ்கியப் புடைப்புகளை, சிரமத்துடனேயே தொட முடியும். கூபக அடித்தளத்தை நெருங்கி, தலை காணப்படுகிறது. உட்சுழற்சி முழுமை அடையவில்லை. முன்புற பின்புற விட்டத்திற்கு அருகே. சாய்வு விட்டத்துடன் மட்டத்தையல் இணைந்துள்ளது.

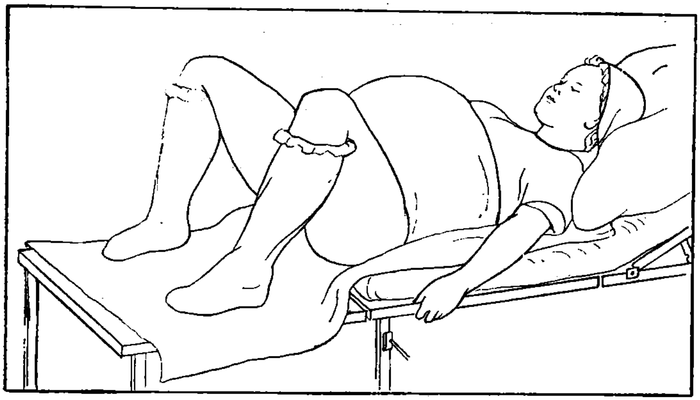
6) தலை, கூபக வெளிவாயிலில்காணப்படுகிறது. (படம் 120 உ) வயிறு வழியாக, தலையைத் தொட இயலாது. திரிகக்குழியின் முழுவதிலும் தலை காணப்படுகிறது. இஸ்கியப்புடைப்புகளையும் தொட இயலாது. மட்டத்தையல் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைந்துள்ளது.

முறையான பிரசவத்தின் போது, தலை மெதுவாக கூபகம் வழியாக முன் செல்லுகிறது. கூபகத்தின் எந்தத் தளத்திலும் நீண்ட நேரம் இருப்பதில்லை. தலை முன்னேராமல் நீண்ட நேரம் இருந்து விட்டால், பிரசவம் செயலிழந்து விட்டது எனவோ, சிசுவிற்கு ஏதோ தடை ஏற்பட்டு விட்டது எனவோ கொள்ள வேண்டும்.

பிரசவத்தின் இரண்டுவ கட்டத்தில், வெளியேற்று முயற்சி ஒவ்வொன்றிற்குப் பிறகும், சிசுவின் இருதய தொனிகளை, கேட்க வேண்டும். இந்தக் கூட்டத்தில், முதலாவது கட்டத்தை விட (பனித்திரவம் வெளிப்படு முன்பு), சிசுவிற்கு மூச்சுத் திணறல் ஏற்படும் அபாயம் அதிகமாக உள்ளது. ஸ்டேத் கொண்டு பரிசோதிக்கும் போது, இருதயத் தொனியின் லயம், விகிதம், தொனி ஆகியவற்றில் சிறப்பு கவனம் செலுத்தப்பட் வேண்டும். ஆகவே, சிசுவின் இருதயப் பணியை சரியாகக் கணிக்க, 10—15 நிமிட இடைவெளிகளில் இருதயத் தொனிகளை கேட்பதோடு மட்டுமின்றி, துடிப்புகளை எண்ணவும் வேண்டும். இந்த முடிவுகளை பிரசவ பதிவேட்டில் குறிப்பிட வேண்டும்.

சில குறிப்பிட்ட சந்தர்ப்பங்களில், எலக்ட்ரோ போனோகார்டியோகிராபி, அல்ட்ராசவுண்ட் (புற ஒலி), ஆகியவை கையாளப்படலாம்.

புறப்பிறப்புறுக்களின் நிலையும், யோனி வெளிப்பாட்டின் தன்மையும் மிகவும் முக்கிதமானது. புறப்பிறப்புக்



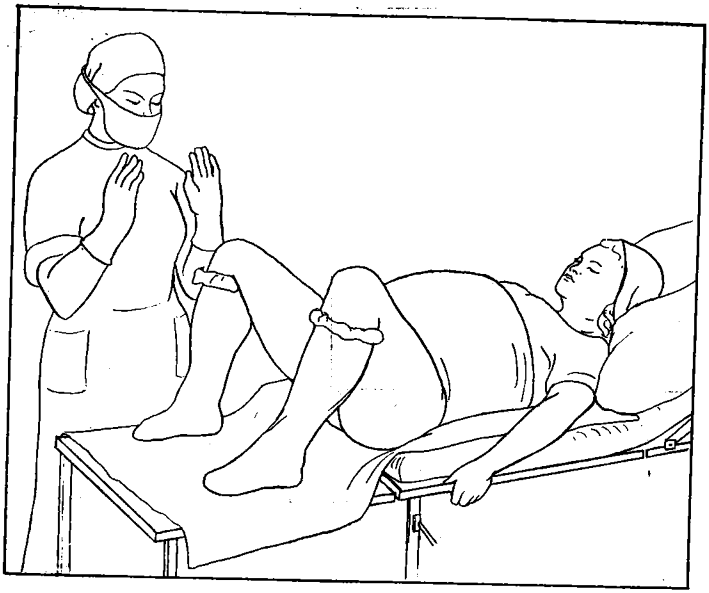
படம் 121. பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தில் கர்ப்பிணியின் நிலை

களின் வீக்கம், சிசுத்தலைக்கும், எலும்புக்கூபகத்கதிற்கும் இடையே, பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் அமுக்கப்படுவதை சுட்டிக்காட்டுகிறது. இரத்தத்துளிகள் வெளிப்பாடு, முதிரா நிலையில் நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து படுவதையோ, அல்லது மெல்லிய திசுக்களின் கிழிசலையோ, சுட்டிக்காட்டுகிறது. பனித்திரவத்தில், மீகோனியம் (முதல் மலம்) காணப்பட்டால் (தலை உச்சித் தோற்றத்தின் போது) சிசுவிற்கு திணறல் ஏற்படுவதாகக் கொள்ள வேண்டும். யோனியிலிருந்து சீழ்வெளிப்படுவது, கிருமிப்பாதிப்பைக் காட்டுகிறது.

பிரசவத்தின் வெளியேற்றுக் கட்டத்தின் போது, ராக்மனோவ் படுக்கையில், மல்லார்ந்து வசதியாக கர்ப்பிணி படுத்திருக்கிறாள். பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்ட இறுதியில், கால்களையும், தொடைகளையும் மடக்கிக் கொண்டு, கர்ப்பிணி மல்லார்ந்து படுத்திருக்கிறாள். (படம் 121) கட்டியின் தலைப் பகுதி உயர்த்தப்பட்டுள்ளது. ஏனெனில் உயர்த்தப்பட்ட இந்த நிலையில், பிறப்புப்பாதை வழியாக தோன்றும் பகுதி எளிதில் வெளிவர வாய்ப்புள்ளது. கட்டிலின் கால்பகுதியில் உள்ள மெத்தையை அகற்றுவதால், புறபிறப்புறுக்களை எளிதில் பரிசோதிக்கவும், பிரசவத்தை நடத்தவும், எளிதாக இருக்கிறது.

சாதாரணப் படுக்கையில் கர்ப்பிணி படுக்க நேர்ந்தால், அவளது தலையையும், தோள்களையும் உயர்த்த மற்றுமொரு தலையணையை வைக்க வேண்டும். சுருக்கங்களின் போது, கர்ப்பிணி, தனது கால்களை கட்டிலின் மேல் வைத்துக் கொண்டு, படுக்கையின் ஓரங்களைப் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும், கட்டிலின் கீழ்பகுதியில் கட்டப்பட்ட இரண்டு துண்டுகளைப் பிடித்துக் கொண்டு, (கடிவாளம் போன்று), சுருக்கங்களின் போது, இழுக்க வேண்டும்.

சிசுபிறப்பதற்கு உதவி செய்ய, மகப்பேறு டாக்டர் தயார் நிலையில் இருக்க வேண்டும். அறுவை சிகிச்சைக்கு தயாராவது போன்று, கைகளை நன்கு கழுவ வேண்டும். கர்ப்பிணியின் புறபிறப்புறுப்புக்கள், தொடைகளின் உட்பகுதிகள், இஸ்கிய, குதப்பகுதிகள், ஆகியவை பலவீனமான பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம் கொண்டு, கழுவப்பட்டு, தொற்றற்ற. வலைத்துணியால் உலர்த்தப்பட்டு, 5% அயோடின் கரையம் கொண்டு துடைக்கப்பட வேண்டும். குதப்பகுதியை, சுத்தமான கைக்குட்டை கொண்டோ, வலைத்துணிகொண்டோ மூட வேண்டும். (எஸ்.



படம் 122. பிரசவத்தின் மகுடநிலை, மகப்பேறு டாக்டர், கர்ப்பிணிக்கு உதவி செய்யத் தயார் நிலையில் உள்ளார்.

டி. அஸ்டிரின்ஸ்கி கூறுகிறார்:— ''குதப்பகுதியை, தொற்றற்ற பஞ்சு கொண்டும், விடபத்திலும் தொடைக ளின் உட்பகுதியிலும் இணைக்கப்பட்ட தொற்றற்ற வலைத்துணி கொண்டும் மூட வேண்டும்''.) கர்ப்பிணியின் திரிகப் பகுதியின் அடியில், சுத்தமான லினனை விரிக்க வேண்டும். வழக்கமான படுக் கையில் கர்ப்பிணி படுத்திருந்தால், திரி கத்தின் அடியில் ஒரு திண்டை வைப் பதன் மூலம், பிறப்புறுப்புக்களை எளி தில் பரிசோதிக்க எதுவாக இருக்கும்.

மகப்பேறு டாக்டரின் கைகள் சுத் தப்படுத்தப்பட்ட பின்னர் அவற்றை அல்கஹால் கொண்டு துடைக்க வேண் டும். பிறகு, டாக்டர், சுத்தமான மேலங் கியையும், உடைகளையும், கையுறைக ளையும் அணிகிறார்.

பிரசவத்தின் மருடநிலை தொடரும் போது, மகப்பேறு டாக்டர், கர்ப்பிணி யின் பொது உடல் நிலை, பிரசவத்தின் போக்கு, சிசுத்தலையின் அசைவு (படம் 122) ஆகியவற்றை, மேற்பார் வையிட வேண்டும். நிலை நிலை பெயர்ந் தவுடன் (சுருக்கங்களின் இடையே, உள்வாங்குவதில்லை) மகப்பேறு டாக் டர், பிரசவத்தை நடத்தத் துவங்குகி றார்.

இந்தக் கட்டத்தில் மகப்பேறு டாக் டரின் உதவி மிகவும் அவசியம். ஏனெ னில் சிசுவின் தலை, கூபகத்தளத்தை வலுவுடன் அழுத்தி, அதை விரியச் செய்கிறது. அதே போது, பிறப்புப்பா தையின் சுவர்களிலிருந்து, தலைக்கு, வெளிப்புற அழுத்தம் உண்டாகிறது. இதன் போது, விடபம் கிழிந்து பட லாம். சிசுவிற்கான, முனை இரத்த ஓட் டம், சீர்குலைய முடியும்.

பிரசவத்தை நடத்தும் டாக்டர், அ) விடபம், கிழிந்து படாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும் ஆ) சிசுவிற்கு எந்த ஆபத்தும் நேரதபடி, பிறப்புப்பாதை வழியாக, சிசுவெளிப்பட உதவ வேண் டும்.

கீழ்க்கண்ட சாதகமான சூழ்நிலை கள் கட்டாயமாக இருக்க வேண்டும்:

1) மகுடமடைந்த தலை, பிறப்புப் பாதை வழியாக, நிதானமாகவும் மெதுவாகவும் முன்னேற வேண்டும். தலையின் படிப்படியான அசைவு விடபத்திசுக்களின், சகஜமான விரிவை உறுதி செய்கிறது. (கிழிசல்கள் எதுவுமின்றி)

2) தலை, அதன் மிகச்சிறிய விட்டத்துடன் (தோற்றத்தைப் பொறுத்து) மகுடமடைய வேண்டும். மகுடத்தலையின் சுற்றளவு குறைவாக இருந்தால், விடப விரிவும் குறைவாகவே இருக்கும்.

மேலும் மிகச்சிறிய விட்டத்தில் தலை மகுடமடைந்தால், அழுத்தத்தால் ஏற்படும் விகாரம் குறைவாகவே இருக்கும்.

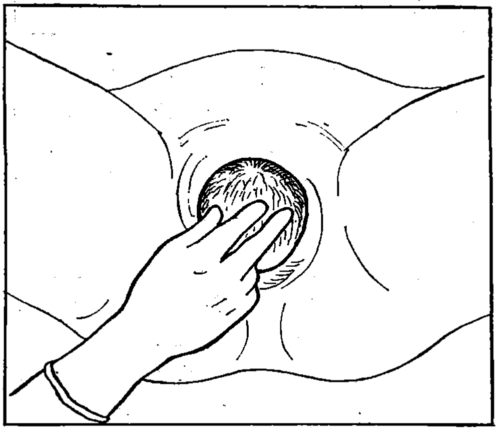
முன்புற பின்தலைத் தோற்றத்தில் பின்தலை அடி முன்னுச்சிக்குழிவு விட்டம் தான் மிகச்சிறியதாகும். (9.5 செ.மீ. சுற்றளவு 320 செ.மீ) இந்த விட்டம், அல்குல் வளையத்தை எளிதில் கடக்க வேண்டும்.

தலை நிலை பெயரத்துவங்கியதிலிருந்து, கர்ப்பிணிக்கு உதவி செய்ய, மகப்பேறு டாக்டர், அவளது வலது பக்கமாக நின்று கொள்ள வேண்டும். (மகுட நிலையின் போது எந்த உதவியும் தேவையிராது.)

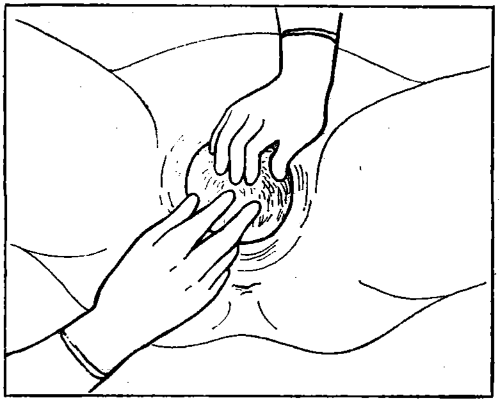
அ) தலை படிப்படியாக நிலைபெயர, தலை வேகமாக நகருவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். ஆ) தலை உச்சி திடீரென்று நீட்டப்படுவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். இதனால், தலை மடக்கப்பட்ட நிலையிலேயே, நிலைபெயர்வு நிகழ்கிறது. மிகச்சிறிய விட்டத்துடன், அது, கடக்கிறது. (சுற்றளவு 32 செ.மீ) தலை நீட்டப்பட்டால், அது, பின்தலை முன்தலை விட்டத்தில், (சுற்றளவு 34 செ.மீ) கடக்கிறது. இதனால் மெல்லிய திசுக்கள் பெருமளவில் விரிவடைகின்றன.

வழிமுறைகள் வருமாறு:

1) தலைமுன்னேறுவதைக் கட்டுப்படுத்தல். வலது கையின் மூன்று விரல்கள், நிலை பெயரும் தலை மீது வைக்கப்படுகிறது. சுருக்கங்கள் துவங்கியதும், மகப்பேறு டாக்டர், தனது விரல்களால் சிசுவின் தலையைத் தாங்கி, தலை துரிதமாக வெளிப்படுவதை மட்டுப்படுத்துகிறார். இதனால் சீக்கிரமே, தலையின் நீட்டலும் தடுக்கப்படுகிறது. (படம் 123) ஒரு கையின் பலம் போதாவிடில், அடுத்த கையையும் பயன்படுத்தி தலை வெளி வருவதைக் கட்டுப்படுத்தலாம். இடது கை, பூப்பகுதியின் மீது இருக்க வேண்டும். விரல்களின் உள்ளங்கைப்பகுதி, வெளிப்படும் தலை மீது இருக்க வேண்டும். வெளிவரும் தலையை விடபம் மடக்க வேண்டும். இதன் மூலம், தலையின் துரித வெளிப்பாடு கட்டுப்படுத்தப்படுகிறது. (படம் 124)



படம் 123. மகப்பேறு நிபுணர், தலை துரிதமாக வெளிப்படுவதை தடுத்து, தலை மெதுவாக வெளிவரச் செய்கிறார். இதனால் தலை நீட்டல் துரிதமாவதைத் தடுக்கிறார் (விடபக் கிழசல்களுக்கு முன் காப்பு).



படம் 124. வெளியேற்றப்படும் விசை வலுவாக இருந்தால், மகப்பேறு டாக்டரின் இடது கை, தலையை விடபம் நோக்கி மடக்குகிறது (விடபம் கிழிபடலுக்கான முன்காப்பு).

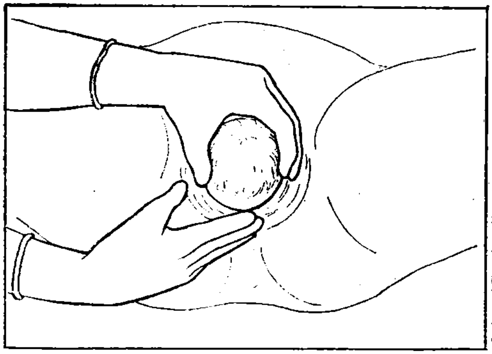
சிலமகப்பேறு டாக்டர்கள், வலது கையை விடபத்தின் மேல் வைத்து, அதைத் தாங்குகிறார்கள். ஆனால் இந்த முறையைத் தவிர்ப்பது நல்லது. ஏனெனில் விடபத்தின் மீதான அதிக மான அழுத்தம், இரத்த ஓட்டத்தைத் தடை செய்து, கிழிசல்களை உண்டாக் கலாம்.

சுருக்கங்களுக்கிடையேயான இடை வெளிகளில், இடது கையின் விரல்கள் சிசுத்தலையின் மீதே இருக்க வேண்டும். அதே போது வலது கை, அல்குலின் பக்க, பின்புறப்பகுதிகள் விரிவடைவ தைத் தடை செய்கின்றன. மகப்பேறு டாக்டர் ''திசுக்கடன்'' என்ற முறை யைப் பின்பற்றுகிறார். சுருக்கங்களின் இடையேயான இடைவெளிகளின் போது, கந்து மற்றும் சிற்றிதழ் ஆகி யவற்றின் திசுக்கள், வெளிவரும் பின்த லையிலிருந்து, கீழே இழுக்கப்படுகின் றன. அல்குல் வளையத்தின் முன்பகுதி யின் குறைவாக இழுக்கப்பட்ட திசுக் கள், மிகையான சுருக்கத்தைத் தவிர்க்க விடபம் நோக்கித் தள்ளப்படுகின்றன. தலையின் முன்னேற்றமும், தலையின் விரைவிலான நீட்டமும் கட்டுப்படுத் தப்படுகின்றன.

2) தலையின் நிலைபெயர்வு. பின்தலை வெளிவந்தவுடன், பூப்பிணைப்பின் கீழ் விளிம்பின் மேலாக கபாலப் பின் குழிவு அமைந்திருக்கும் போது, கர்ப்பிணி தானாகவே புதிய சுருக்கங்கள் உண்டாக் குவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். இந் தக் கணத்திலிருந்து தலை முழுமையாக வெளிப்படும் வரை, கர்ப்பிணி வாயைத் திறந்து மூச்சுவிட வேண்டும். தனது கைகள் மார்பின் மீது மடக்கப்பட்டு இருக்க வேண்டும். லயமான, ஆழ்ந்த, (சிரமமின்றி) வாயைத் திறந்து விடும் மூச்சு, சுருக்கங்களைச் சமாளிக்க கர்ப் பிணிக்கு உதவுகிறது. இந்தக் கட்டத் தில் சுருக்கங்களின் ஆபத்தைப்பற்றி துவக்கத்திலேயே கர்ப்பிணிக்குச் செல் லியிருந்தால், அவளும், தாமாகவே மகப்பேறு நிபுணருடன் ஒத்துழைப் பாள்.

பின்தலைப்புடைப்பு, நிலை பெயர்ந் தவுடன், அல்குல் வளையத்தின் விளிம் புகளை இழுப்பதன் மூலம், பக்க எலும் புகளின் கணுக்களும் வெளிப்பட வேண் டும். இது முடிந்தவுடன், இடது கை கொண்டு தலையைத் தாங்கி, படிப் படியாகவும், கவனமாகவும் தலையை நீட்ட வேண்டும். இந்த செய்முறையின் போது, தலையிலிருந்து விடபத்திசுக் களை அப்பால் தள்ள, வலது கை உதவு கிறது. (படம் 125) படிப்படியான தலை நீட்டலின் போது, முன்தலை, விடபத் திலிருந்து வெளிப்படுகிறது. அதைப் பின்பற்றி முகமும் மோவாயும் வெளிப் படுகிறது.

தலை, வெளிப்பட்டவுடன், தொப் பூழ் கொடி கழுத்தைச் சுற்றியுள்ளதா



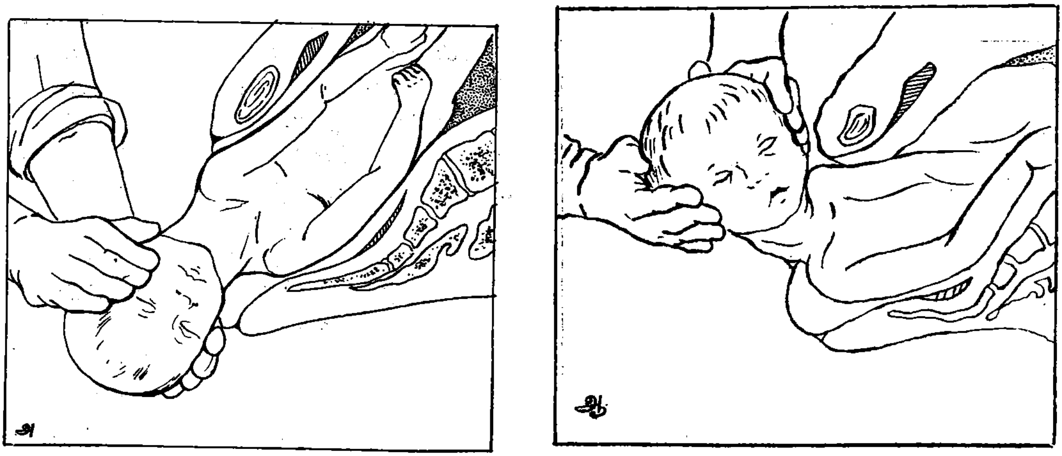
படம் 125. தலையின் வெளிப்பாடு இடது, கை, மெதுவாக மடங்கிய தலையை நீட்டுகிறது. வலது கை, தலையிலிருந்து, விடபத் திசுவை பிடித்து இழுக்கிறது. (விடபக் கிழிசல்களுக்கான முன்காப்பு)

என மகப்பேறு டாக்டர் கவனிக்கிறார். இது உண்மையானால், தொப்பூழ் கொடியை கவனமாகத் தளர்ச்சி, தலையிலிருந்து அகற்றுகிறார். இதில், மகப்பேறு டாக்டர் தவறிவிட்டால், இரண்டு சாமணங்கள் கொண்டு, தொப்பூழ் கொடியை வெட்டிவிட வேண்டும்.

3) தோள்களின் வெளிப்பாடு. வெளி வந்த தலை தாயின் வலது அல்லது இடது தொடையை நோக்கி முகத்தைத் திருப்புகிறது. (இது தோற்றத்தைப் பொறுத்தது) தலையின் வெளிப்புற சுழற்சியில் காலதாமத மேற்பட்டால் கர்ப்பிணி, வெளியேற்ற முயற்சி ஒன்று, மேற்கொள்ளப் பணிக்கப்படுகிறாள். உந்தப்பட்ட சுருக்கத்தின் போது, தோள்கள், தங்களது உட்சுழற்சியை முடிக்கின்றன. அதே போது வெளிப்பட்ட தலை, தனது முன்னுருமீட்சியை அடைகிறது. கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் தோள்கள் இணைகின்றன. இவற்றை, அல்குல் வளையத்தின் மூலமாகத் தொட்டறியலாம். தோள்களை வெளிப்படுத்த, மகப்பேறு டாக்டரின் சிறப்புக் கவனம் தேவைப்படுகிறது. ஏனெனில் பிறப்புப் பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் பெருமளவில் விரிவடைந்து, விடபம் கிழிந்து படலாம்.

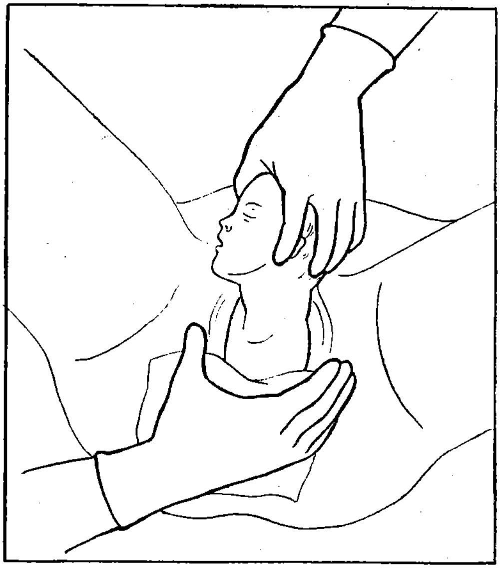
தோள்களை வெளிப்படுத்தும் போது கர்ப்பிணிக்கு கீழ்க்கண்ட மகப்பேறு உதவி அளிக்கப்படுகிறது:—தானாகவே வெளிவந்த முன்தோள், பூப்பு வளைவுக்கு எதிராக அமுக்கப்படுகிறது. பின்புறத் தோளிலிருந்து விடபம் கவனமாகத் தள்ளப்படுகிறது.

தோள் வளையம் தானாகவே வெளிப்படுவதில் காலதாமதம் ஏற்பட்டால், கீழ்ப்பண்ட செயல் முறை பின்பற்றப் படுகிறது:—இரண்டு கைகளாலும் தலை எடுக்கப்பட்டு, உள்ளங்கைகள், காதுகளுக்கு எதிராக இருக்கின்றன. (கழுத்தின் நாளங்களும், நரம்புகளும் நசுங்கி விடுவதைத் தவிர்க்க, குழந்தையின் கழுத்தின் மீது விரல் நுனிகள் கடக்கூடாது) இப்போது, பூப்பு வளைவுக்கு மேலாக முன்தோள் வரும் வரை, தலை கவனமாக கீழ் நோக்கி இழுக்கப்படுகிறது. (படம் 126 அ) பின்னர் தலையை முன்புறமாகத் தூக்கி, பின்தோள் விடபத்திற்கு மேலாக வெளிப்படுகிறது. (படம் 126 ஆ) பின்தோளை பின்வரும் முறையிலும் வெளிப்படுத்தலாம்:—இடது கையில் தலை தாங்கப்பட்டு மேலே தூக்கப்படுகிறது. வலது கையால், தோளிலிருந்து, விடபத்திசுக்கள் அகற்றப்படுகின்றன. (படம் 127) இந்த செயல் முறைகள், தோள்களை வெளிப்படுத்தத் தவறினால், சிசுவின் முதுகுப் பக்கத்திலிருந்து, முன் தோளின் அக்குளின் உள், ஆட்காட்டி விரலை நுழைக்க வேண்டும். கர்ப்பிணி, முக்கும்படி பணிக்கப்படுகிறாள். பூப்பு



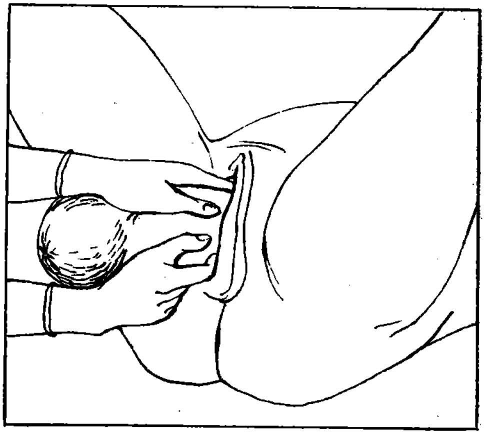
படம் 126. தோள்களை வெளிப்படுத்தல்

அ) முன்தோளை கைகொண்டு வெளிப்படுத்தல். வெளிவந்த தலை பின்னோக்கி இழுக்கப்படுகிறது. முன்தோள், பூப்பு வளைவுக்கு மேலாகக் கொண்டுவரப்படுகிறது.



படம் 127. பின் தோளை வெளிப்படுத்துதல்

வளைவிற்கு அடியில் வெளிப்படும்படி, தோள் மெதுவாக இழுக்கப்படுகிறது. பின்தோள் வெளிப்படுகிறது.



படம் 128. உடலை வெளிப்படுத்துதல்

4) தோள் வளையம் வெளிப்பட்டவுடன், இருகைகளாலும் சிசுவின் மார்பு தாங்கப்படுகிறது. (படம் 128) மேல் நோக்கி இழுக்கப்படுகிறது. சிசு உடலின் கீழ்ப்பகுதி, சிரமமின்றி, வெளிப்படுத்தப்படுகிறது.

பிறப்புப்பின் பகுதி, சிசு வெளிப்பட்டதிலிருந்து தவங்குகிறது. இதில், மகப்

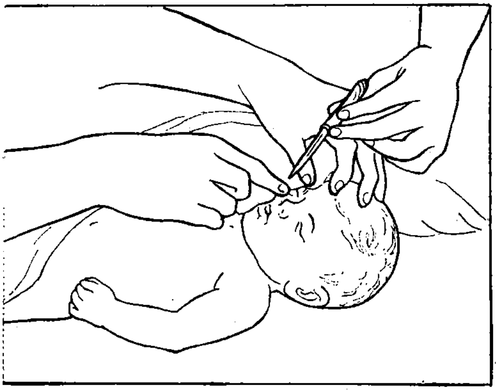
பேறு டாக்டர், பெரிதும் கவனம் செலுத்த வேண்டும். ஈன்ற பெண், இடை விடாத கண்காணிப்பில் இருக்கிறாள். அதே போது கைமகவுக்கு முதல் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. அது பின் வருமாறு:—

1) கைமகவை, தொற்றற்ற வலைத் துணி கொண்டு துடைக்க வேண்டும். பஞ்சுத்துணி கொண்டு, கைமகவின் மூக்கு, வாய் இவற்றிலிருந்து சளி அகற்றப்பட வேண்டும். தாயின் மடக்கி விரிக்கப்பட்ட கால்களுக்கு மத்தியில், வெப்பமான சுத்தமான கைக்குட்டையின் மேல் கைமகவு கிடத்தப்படுகிறது. தொப்பூழ் கொடியை வலுவுடன் இழுக்கக் கூடாது. முதல் தடவையாக, மகப்பேறு டாக்டர், கைமவைப் பரிசோதித்து, அதன் நடத்தையை கூர்ந்து கவனிக்கிறார். முழுவளர்ச்சியடைந்த சிசு, உடனடியாக, முதல் மூச்சை எடுக்கிறது. உரத்த குரலில் அழுகிறது, முனைப்புடன் கால்களை அசைக்கிறது; விரைவிலேயே ஒண்ணுக்குப் போகிறது.

மகப்பேறு டாக்டர், தனது கைகளைக் கழுவி, ஆல்கஹாலால் துடைத்து கைமகவுக்கு உரிய பராமரிப்பை அளிக்கிறார்.

2) கண் வெட்டை நோய்க்கான முன் காப்பு மிக மிக அவசியம். சிசு, பிறப்புப்பாதையைக் கடக்கும் போது, கண்கள் நோய்வாய் படலாம். கண்வெட்டை நோய் மிகவும் கொடூரமானது, குருட்டுத்தனத்தில் முடியலாம்.

கண்வெட்டை நோயைத் தடுக்க, தற்காலத்தில், 30% சல்பசிடமைட் திரவம் கையாளப்படுகிறது. உலர்ந்த தொற்று நீக்கப்பட்ட பந்து உருண்டை கொண்டு, மெழுகு போன்ற சாயமும், சளியும், கண் இடைகளிலிருந்து, குழந்தை பிறந்த உடனேயே, அகற்றப்படுகிறது. (பஞ்சு உருண்டையை கண்ணின் வெளிப்புறத்திலிருந்து உட்புறத்திற்கு கொண்டுவர வேண்டும். ஒவ்வொரு கண்ணுக்கும் தனித்தனியான பஞ்சு உருண்டையைப் பயன்படுத்த வேண்டும்). கீழ் இமையை கீழ் நோக்கி இழுத்து, ஒரு சுத்தமான பிப்பெட் கொண்டு இமை இணைப்பையினுள் ஒரு சொட்டு சல்பசிடமைடை இட வேண்டும் (படம் 129) பிறந்த இரண்



படம் 129. கண்வெட்டை நோய்க்கான முன்காப்பு.
30% சல்பசிடேமைட், ஒன்றிரண்டு சொட்டு, இமை இணைப்படலத்தில் இடப்படுகிறது.

டுமணி நேரங்கள் கழித்து, மற்றுமொரு சொட்டு சல்பசிடமைடு இடப்படுகிறது. சின்ன சின்ன குப்பிகளில் இந்த மருந்தை வைத்திருக்க வேண்டும். குப்பியை ஒரு தடவை திறந்த விட்டால், 24 மணி நேரங்களுக்குத் தான் பயன்பத்த முடியும்.

சல்பசிடமைட் கிடைக்காவிடில், அதற்குப் பதிலாக புதிதாகத் தயாரித்த பெணிசிலின் கரையத்தையும் (1 மி. லி உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்தில் 25,000 யூனிட்டுகள்), 2% வெள்ளி

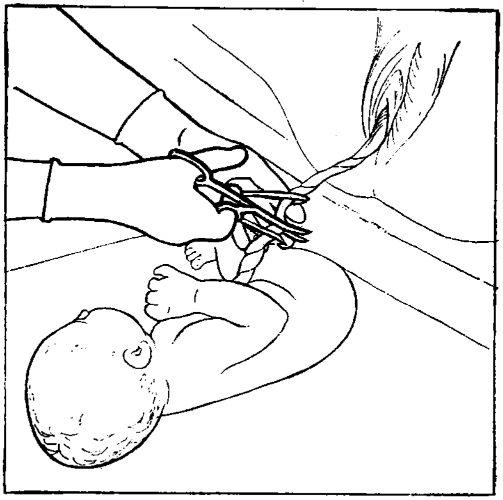
நைட்ரேட் கரையத்தையும் பயன்படுத்தப்படலாம். இந்தக்கரையத்தை, நன்கு இறுக்கி மூடப்பட்ட கருப்பு பாட்டில்களில், வைக்க வேண்டும். தினமும் இந்தக் கரையத்தைத் தயார் செய்ய வேண்டும். பாட்டிலின் மேல் பெயர் குறிப்புச்சீட்டு ஒட்டப்பட்டு, அதில் வேதியிய மூகவத்தின் பெயர் இருக்க வேண்டும்.

கண்ணிமைகளிலிருந்து பாகு போன் சாயப்பொருட்களையும் களியையும் அகற்றிய பின்னர் (ஒவ்வொரு கண்ணுக்கும் தனித்தனியாக பஞ்சு உருண்டை) கீழ்இமையை கீழ் நோக்கி இழுத்து, வெள்ளி நைட்ரேட் ஒரு சொட்டை இமை இணைச் சவ்வில் இட வேண்டும்.

சல்பசிடமைடை உட்சொட்டிட்ட பின்னர், கண்களைக் கழுவக் கூடாது.

3) சிசு பிறந்த 2—3 நிமிடங்களில், தொப்பூழ் நாளங்களின் துடிப்பு நின்றவுடன், தொப்பூழ் கொடியைக் கட்டி விட வேண்டும். தொப்பூழ் கொடி துடிக்கும் சில நிமிடங்களில் 50—100 மி.லி இரத்தம் நஞ்சிலிருந்து, சிசுவின் இரத்த மண்டலத்திற்குள் செலுத்தப் படுகிறது. துடிப்பு நின்றவுடன், தொப்பூழ் கொடியை வெட்டி, தொற்றற்ற சூழ்நிலைகளில் சுட்டி விட வேண்டும்.

அல்கஹாலில் தோய்க்கப்பட்ட, தொற்றற்ற பஞ்சு கொண்டு தொப்பூழ் கொடியைத் துடைக்க வேண்டும். பின்னர் காக்கரின் இடுக்கிக் கொண்டு, இறுகப் பற்ற வேண்டும். தொப்பூழ் வளையத்திலிருந்து 8—10 செ.மீ தூரத்தில் ஒரு இடுக்கியையும், இந்தப் புள்ளிக்கு மேலாக மற்றொரு இடுக்கியையும் பொருத்த வேண்டும். இரண்டு இடுக்கிகளுக்குமிடையே, தொப்பூழ் கொடி வெட்டப்படுகிறது. இதற்கு கத்திரிக்கோலை உபயோகிக்கலாம். (படம் 130) தாய்ப்பக்கமுள்ள தொப்பூழ்



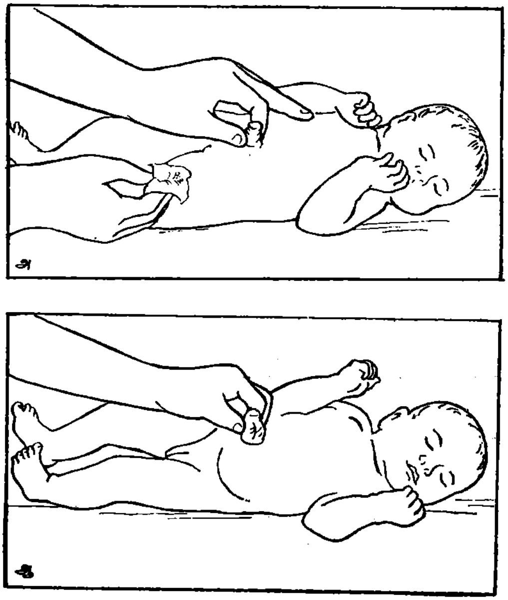
படம் 130. இரண்டு இடுக்கி களுக்கிடையே தொப்பூழ் கொடியை வெட்டுதல்

வடத்தை சில்க்கயிறு கொண்டு கட்டி, (பிறப்புறுப்புப் பிளவின் அருகில்), ஒரு வலைத்துணி கைக்குட்டையால் மூட வேண்டும்.

குளிர்காற்றுப்படாமலிருக்க, தொப்பூழ் வடத்தைக் கட்டும் போது, சிசு, ஒரு வெப்பமான கட்டிலின் மேல் படுத்திருக்க வேண்டும். (மின் அடுப்பு கொண்டோ, அல்லது வேறு ஏதாவது சாதனம் கொண்டு, வெப்பப்படுத்த வேண்டும்)

தொப்பூழ் துண்டை, அல்கஹாலால் துடைத்து தொற்றற்ற நாடாவாலோ அல்லது பருமனான சில்க் கயிறு கொண்டோ, தொப்பூழ் வளையத்தின் 1.5—2 செ.மீ தூரத்தில், கட்டி விட வேண்டும். தொப்பூழ் வடத்தின் ஒரு புறத்தில் ஒரு தடவை கட்ட வேண்டும். அடுத்த தடவை எதிர்புறத்தில் கட்ட வேண்டும். இரண்டாவது முடிச்சு தளர்ந்திருக்க வேண்டும். ஏனெனில்

வடம் வதங்கிலிட்டாலோ அல்லது முதல் முடிச்சு தளர்ந்து விட்டாலோ, பின்னர் இறுக்கிக் கட்ட வசதியாக இருக்கும். முடிச்சுக்கு 2—3 செ.மீ மேலாக தொப்பூழ் துண்டின் நுனி வெட்டப்படுகிறது. வெட்டப்பட்ட பரப்பை, 10% டிங்க்சர் அயோடின் கொண்டு பூச வேண்டும். நுனியை, உலர்ந்த சுத்தமான கைக்குட்டை கொண்டு மூடி, அதன் நுனிகள் தொப்பூழ் வளையத்தின் அருகே கட்டப்படுகின்றன. (படம் 131) கைக்குட்டையில்



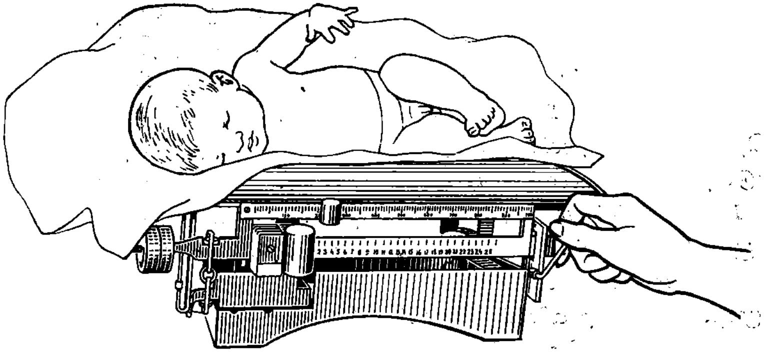
படம் 131. தொப்பூழ் துண்டைக் கட்டுதல்
அ) முதல் கட்டம்
ஆ) இரண்டாவது கட்டம்

சுற்றப்பட்ட துண்டை வயிற்றின் மேல் வைத்து, ஒரு சுத்தமான கட்டு கொண்டு இறுக்கமாக இழுக்க வேண்டும்.

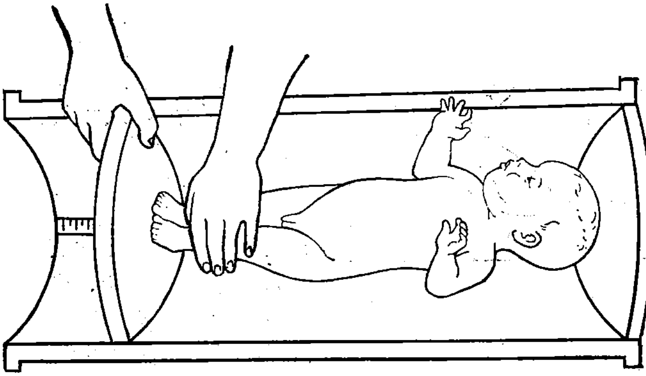
தொப்பூழ் துண்டுக்கு, உலோகத் தையல்களை இட வேண்டும்:

தொப்பூழ் வடத்தின் துடிப்பு நின்றவுடன், வடத்திற்கு இரண்டு உலோகத் தையல்கள் இடப்படுகின்றன; ஒன்று, தொப்பூழ் வளையத்திலிருந்து 10 செ.மீ தூரத்திலும், மற்றொன்று 20செ. மீ முன்பாகவும் போடப்படுகிறது. இரண்டு தையல்களுக்கும் இடையேயுள்ள பகுதியை 5% அயடினின் அல்கஹால் கரையம் கொண்டு சுத்தம் செய்து வெட்டிவிட வேண்டும். கைமகவை, மேசைக்குக் கொண்டு வர வேண்டும். மகப்பேறு டாக்டர் தனது கைகளை மீண்டும் கழுவி, அல்கஹால் கொண்டு சுத்தம் செய்து, தொப்பூழ் துண்டை சுத்தமான கைக்குட்டையால் துடைந்து, கட்டை விரலுக்கும் ஆள்காட்டி விரலுக்குமிடையே அமுக்குகிறார். உலோக வளையத்தினுள் ரோகோவினின்) சிறப்பு சாமணங்களைப் பொருத்தி, தொப்பூழ் வளையத்தின் கீழ் விளிம்பிலிருந்து 0.5—0.7 செ.மீ தூரத்தில், தொப்பூழ் வளையம் இறுக்கிப் பற்றப்படுகிறது. தொப்பூழ் துண்டுக்கு, தினமும் 2% போரிக் அமில அல்கஹால் கரையம் இடப்படுகிறது.

முதல் பராமரிப்புக்குப் பின், கைமகவின் எடை (படம் 132), தலை உச்சியிலிருந்து உள்ளங்கால்கள் வரையிலான அதன் நீலம் (படம் 133), தலை, தோள்களின் அளவு, ஆகியவை அளவிடப்படுகின்றன. கையில் ஒரு நாடா (சுத்தமான எண்ணைத்துணி) கட்டப்படுகிறது. இந்த அடையாள நாடாவில், தாயின் பெயர், பிரசவ பதிவேட்டு எண், கைமகவின் பால், எடை, நீளம் பிறந்த தேதி ஆகியவை குறிப்பிடப்படும். கைமகவை, ஒரு வெப்பமான பணியனால் மூடி, சுத்தமான கைக்குட்டை, கம்பளியால் போர்த்தி, இரண்டு மணி நேரங்களுக்கு வெப்பமான கட்டிலில் வைத்திருந்து, பின்னர்



படம் 132. கை மகவின் எடை பார்த்தல்



படம் 133. கைமகவின் நீளத்தை அளவிடல்

கைமகவு அறைக்கு அகற்றப்பட வேண்டும்.

பிரசவ பின் பராமரிப்பு

பிரசவத்தின் மூன்றாவது கட்டத்தில், நஞ்சுக் கொடி வெளிப்பட்டு, கருப்பையிலிருந்து அகற்றப்படுகிறது.

ஏற்கனவே கூறியது போல், நஞ்சுக் கொடி பிரியும் போது ஏற்படும் இரத்த இழப்பு, உடலியங்கியலைச் சார்ந்ததாகும். நஞ்சுக் கொடி பிரிவதும், அதன் வெளியேற்றமும் அசாதாரணமாக இருந்தால், இரத்த இழப்பு மிகையாக இருந்து, ஆபத்தில் முடியலாம். பிரசவத்தின் மூன்றாவது கட்டத்திலான குருதிப் பெருக்கு, பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் கிழிபடுவதைப் பொறுத்துள்ளது. ஆகவே இந்தக்கட்டத்தில் பிரசவித்த பெண்ணைக் கணகாணிக்க வேண்டியது மகப்பேறு நிபுணரின் கடமையாகும். பெண்ணின் பொது உடல் நலம், சருமம், சிலேட்டுமத்தின் நிறம், வழக்கமாக கவனிக்கப்பட வேண்டும். நாடித்துடிப்பும், இரத்த அழுத்தமும் அளவிடப்பட வேண்டும்.

பிரசவபின் காலம் சகஜமாக இருந்தால், பெண்ணின் உடல் நலம் சீராக உள்ளது; நாடித்துடிப்பு லயத்துடனும்

முழுமையாகவும் உள்ளது; இரத்த அழுத்தம் சகஜ நிலையில் உள்ளது. உடல் நலக்குறைவு, (பலவீனம், தலைச்சுற்றல்) சிலேட்டுமத்தின் சுருமத்தின் வெளிறிய நிலை, குறைந்த இரத்த அழுத்தம் ஆகியவை மிகையான குருதிப்பெருக்கைச் சுட்டிக்காட்டுவதால் சிறப்பு கவனம் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது இழந்த இரத்தம் அளவிடப்பட வேண்டும். இதற்கு அகலமான எனாமல் பாத்திரம் அல்லது தொற்று நீக்கப்பட்ட மலந்தாலம் கூபகப் பகுதிக்குக் கிழே வைக்கப்பட வேண்டும். எனினும் சேமிக்கப்பட்ட இரத்தம் உண்மையான இரத்த இழப்பைக் குறிப்பதில்லை என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். ஏனெனில் பெருமளவிலான இரத்தம் கருப்பைச் சுவருக்கும் நஞ்சுக்குமிடையே தோங்கியிருக்கலாம். கருப்பையின் வடிவமும் அதன் உச்சியின் உயரமும், நஞ்சுக் கொடி பிரிவையும், நஞ்சுக்குப் பின் உருவாகும் குருதிக்கட்டியையும் காட்டுகிறது.

சிறுநீர்பை நிரம்பி இருந்தால், அது கருப்பைச் சுருக்கங்களை தடங்கல் செய்கிறது. இதனால் நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து, வெளிப்படுவது தடைபடுகிறது. ஆகவே, இந்த கட்டத்தில், சிறுநீர்பை காலியாக இருக்கும்படி பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

நஞ்சு நிலை **சிறப்பு கவனம்** செலுத்தப்பட வேண்டும். நஞ்சுக் கொடி துரிதமாகப் பிரிந்து வெளிப்படச் செய்யும் எல்லா முயற்சிகளும் (கருப்பையை மசாஜ் செய்தல், தொப்பூழ் கொடியை இழுத்தல் முதலியன), சகஜமான பிரிவைக்கெடுத்து, கருப்பைச் சுருக்கங்களின் லயத்தைப் பாதித்து, குருதிப்பெருக்கை உண்டாக்கலாம்.

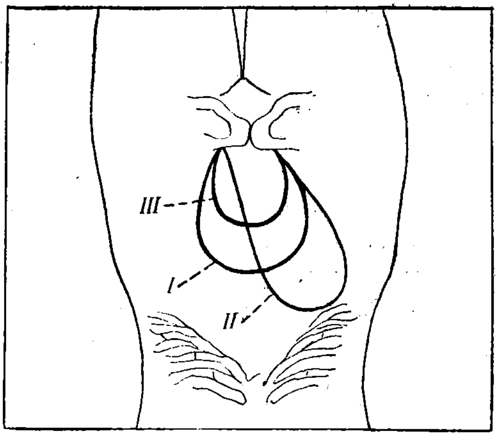
பிரசவித்தப் பெண்ணின் உடல் நலம் சீராக இருந்து, கருதிப்பெருக்கு இல்லாமல் இருந்தால், இரண்டு மணி நேரங்களுக்குள், நஞ்சு தானாகவே பிரிந்து வெளிப்படும் வரை, மகப்பேறு டாக்டர் காத்திருக்க வேண்டும். குருதிப்பெருக்கு 200—300 மி.லிக்கு அதிகமானால், பெண்ணின் உடல் நலம் சீர் கேடடைந்தால், இரண்டு மணி நேரங்களுக்கு மேலாக ஆகிவிட்டால், உடனடியாக கைகொண்டு நஞ்சைப் பிரிப்பது நல்லது. (வெளிப்புற செயல் முறைகள் கொண்டு அல்லது கருப்பையினுள் கையை நுழைத்து).

கருப்பைச் சுவர்களிலிருந்து நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து, கருப்பையின் கீழ் பகுதிக்குள்ளும் யோனிக்குள்ளும் இறங்கியதற்கான அறிகுறிகளைத் தெரிந்து கொள்வது மிகவும் முக்கியமாகும்.

நஞ்சுக் கொடி பிரிவதன் பிரதான அறிகுறிகள்.

1) கருப்பையின் அமைப்பிலும், அதன் உச்சியிலும் ஏற்படும் மாற்றங்கள். (ஷ்ருடரின் அறிகுறி). சிசு பிறந்த உடனேயே கருப்பை ஒரு உருண்டை வடிவத்தையடைகிறது. அதன் உச்சி, தொப்பூழ் மட்டத்தில் உள்ளது. நஞ்சுக் கொடி பிரிந்த பின்னர், கருப்பை தட்டையாகி குறுகலடைந்து, அதன் உச்சி, தொப்பூழுக்கு மேலாகச் செல்கிறது. (சில போது விலா எலும்பு வளைவுக்ும் மேலாக.) கருப்பை, வலது பக்கமாக இடம் பெயர்கிறது. (படம் 134)

2)தொப்பூழ் வடத்தின் புறப்பகுதி நீளமடைகிறது. (அஹல் பெல்டின் அறிகுறி பிரிந்த நஞ்சுக் கொடி கருப்பையின் கீழ் பகுதிக்கோ, யோனிக்கோ, செல்கிறது. தொப்பூழ் வடத்தின் மீதான கட்டு, (பிறப்புறுப்பு மட்டத்தில் போடப்பட்டது) 10—12 செ.மீ கீழிறங்குகிறது.



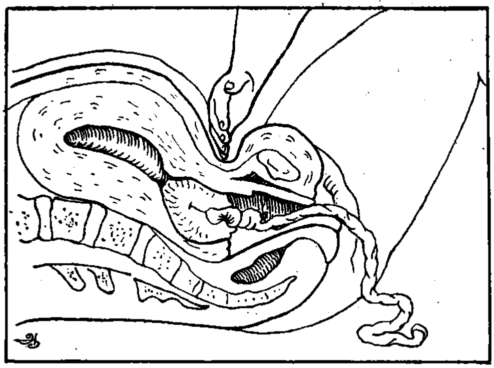
படம் 134. பிரசவ பின் காலத்தில் கருப் பையின் மட்டமும் வடிவமும்.
1) சிசு பிறந்த பின்னர்
2) நஞ்சுக்கொடி பிரிந்த பின்னர்
3) நஞ்சுக்கொடி வெளிப்பட்ட பின்னர்

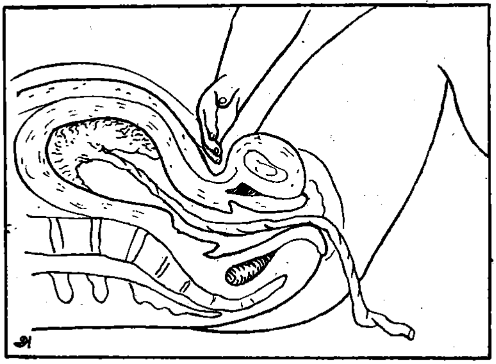
3) பூப்பிணைப்பின் துருத்தம். நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து, கருப்பையின் கீழ் பகுதியின் மெல்லிய சுவருக்குள் இறங்கிய போது, அதன் முன்புறச்சுவரும், வயிற்றுச் சுவரும் பூப்பிணைப்பின் மேல் துருத்துகின்றன.

4) குஸ்ட்னர்—சுகலோவின் அறிகுறி. வயிற்றின் பூப்பு மேல் பகுதியை உள்ளங்கை கொண்டு அழுத்தினால் (படம் 135), தொப்பூழ் வடம் மரியாத நஞ்சுக் கொடியுடன் யோனிக்குள் இழுக்கப்படுகிறது. நஞ்சுக் கொடி பிரிந்திருந்தால், தொப்பூழ் வடத்துடன் யோனிக்கு வெளியே இருக்கிறது.

நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து விட்டதா என்பதை, ஏதாவது ஒரு அறிகுறி கொண்டு மட்டும் நிர்ணயிக்க முடியாது. ஒட்டு மொத்தமாக, எல்லா அறிகுறிகளையும் கணக்கிலெடுக்க வேண்டும். சிசு பிறந்த 30 நிமிடங்களில், கருப்பையிலிருந்து, நஞ்சுக் கொடி வெளிப்பட்டு விடுகிறது. சிலபோது, நஞ்சும் படலங்களும் பிரிந்து 30—60 நிமிடங்களில் வெளிப்படுகிறது. அபூர்வமாக, சிசுபிறந்த 60 நிமிடங்களுக்குப் பிறகு, வெளிப்படுகிறது.

30 நிமிடங்களுக்குள், நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படாவிடில், மகப்பேறு டாக்டர் நஞ்சுக் கொடி பிரிந்ததற்கான அறிகுறிகளைக் கவனிக்க வேண்டும்.





படம் 135. குஸ்ட்னர்—சுகலோவின் அறிகுறி
அ) நஞ்சுக்கொடி பிரியவில்லை. தொப்பூழ்வடம் யோனிக்குள் செல்கிறது.
ஆ) ரஞ்சுக்கொடி பிரிந்துவிட்டது. தொப்பூழ்வடம் யோனிக்கு வெளியை இருக்றது.

நஞ்சுக் கொடி மிரியாமலிருந்து, பெண்ணின் உடல் நலம் சீராக இருந்து, குருதிப்பெருக்கும் இல்லாவிடில், இன்னும் 2 மணி நேரங்கள் பொறுத்திருக்கலாம். இந்தக் கால கட்டத்திற்குள், நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படாவிடில், மற்ற முறைகள் கொண்டு, நஞ்சுக் கொடி வெளியேற்றப்பட வேண்டும்.

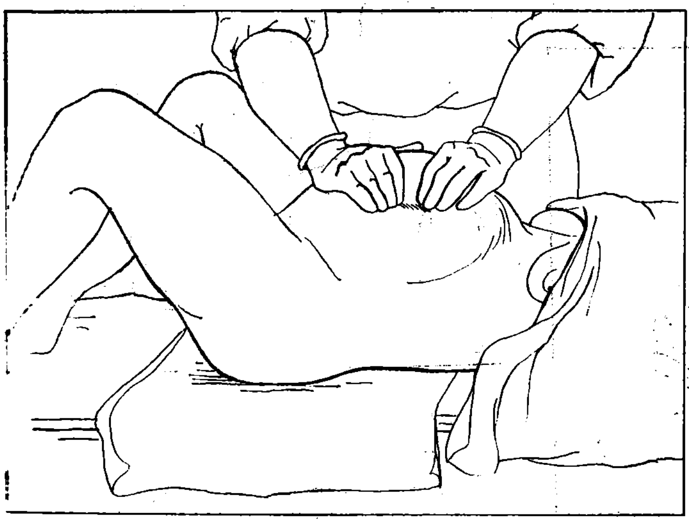
நஞ்சுக் கொடி பிரிந்து விட்டதற்கான அறிகுறிகள் காணப்பட்டால், உடனடியாக, நஞ்சுக் கொடியை அகற்ற முயற்சிகளை மேற்கொள்ள வேண்டும்.

சிறுநீர்பை காலி செய்யப்படுகிறது. பிரசவித்த பெண், முக்கும்படி பணிக்கப்படுகிறாள். வயிற்றுச் சுருக்கங்களால், நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படுகிறது. இந்த எளிய முறை பலனளிக்காவிடில், கீழ்க்கண்டவாறு முயற்சி செய்யவும்:—

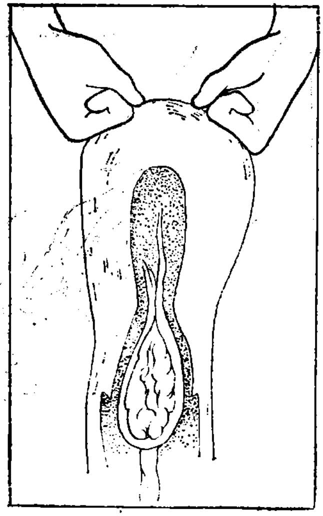
1) அபுலட்சேயின் செயல்முறை: சிறுநீர்பை காலியானவுபின், கருப்பை சுருக்கமடைய, கவனமான மசாஜ் கொடுக்க பவண்டும். பின்னர் வயிற்றுச் சுவரை, நீளவாட்ட மடிப்பாக்கி இரண்டு கைகளாலும் எடுக்க வேண்டும். (படம் 136) பெண், மூக்கும்படி பணிக்கப்படுகிறாள். பிரிந்திருக்கும் நஞ்சுக் கொடி, சிரமம் எதுவுமின்றி வெளியேறிவிடும்.

2) ஜெண்டரின் செயல்முறை: நீர்பை காலியானவிடன், கருப்பை உச்சி, நடுக்கோட்டிற்குக் கொண்டு வரப்படுகிறது. பெண்ணின் கால்களைப் பார்த்துக் கொண்டு, மகப்பேறு டாக்டர் நிற்கிறார். முஷ்டிகலேன்பிரதான விரல் எலும்புகள் கருப்பையின் உச்சியின் மீது வைக்கப்படுகின்றன. (கருவகக் குழல்கள் இருக்குமிடத்தில்) கீழ் நோக்கியும் உள்நோக்கியும் கருப்பை அழுத்தப்படுகிறது. (படம் 137) இந்த செயல் முறையின் போது, பெண் முக்கக்கூடாது.

3) கிரீட்—லசரவிச்சின் செயல்முறை: அபுலட்சே, ஜெண்டர் ஆகியோரின் செயல் முறைகளை விட இது சிரமமானதாகும். ஆகவே மேற்கூறிய இரண்டு முறைகளும் பலனளிக்காவிடில் இந்த



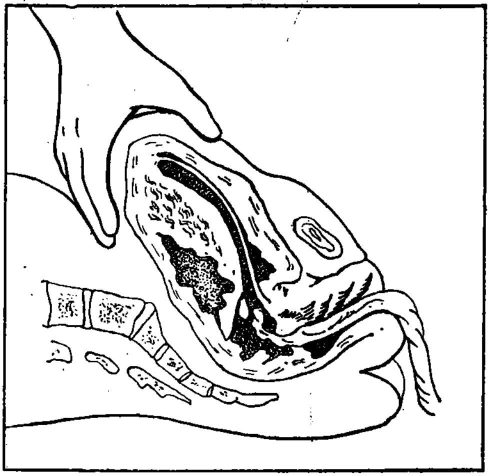
படம் 136. அபுலட்சேயின் செயல்முறைப்படி நஞ்சை வெளியேற்றுதல்



படம் 137. ஜெண்டரின் செயல்முறை

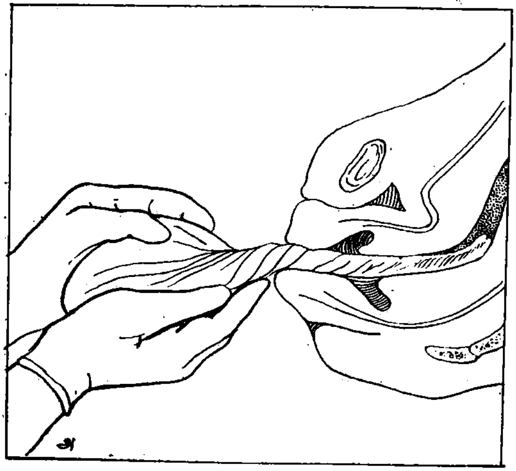
முறையைப் பயன்படுத்தலாம். செயல் முறை வருமாறு:—1) சிறுநீர்பை காலி செய்யப்படுகிறது. 2) கருப்பையின் உச்சி நடுக்கோட்டுக்குக் கொணரப்படு கிறது. 3) கருப்பை சுருங்கும்படி மெது வாக தேய்க்கப்படுகிறது. 4) பெண் ணின் கால்களை நோக்கி இடது பக்க மாக நின்று கொண்டிருக்கும் மகப் பேறு டாக்டர், வலது கையால் கருப் பை உச்சியை உயர்த்துகிறார். இதன் போது கட்டைவிரல், கருப்பையின் முன்புறச் சுவரின் மீது உள்ளது. உள் ளங்கை உச்சியில் இருக்கிறது, நான்கு விரல்களும், கருப்பையின் பின்பரப்பில் உள்ளன. (படம் 138) 5) முன்புற பின் புறத் திசையில் கருப்பையிலிருந்து நஞ் சுக் கொடி வெளியேற்றப்படுகிறதுஅப் போது, கருப்பையின் உச்சி, கீழ்நோக் கியும், கூபக இருசு நோக்கி முன்புற மாகவும், அமுக்கப்படுகிறது..பிரிந்துள்ள நஞ்சு, கருப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப் படுகிறது.

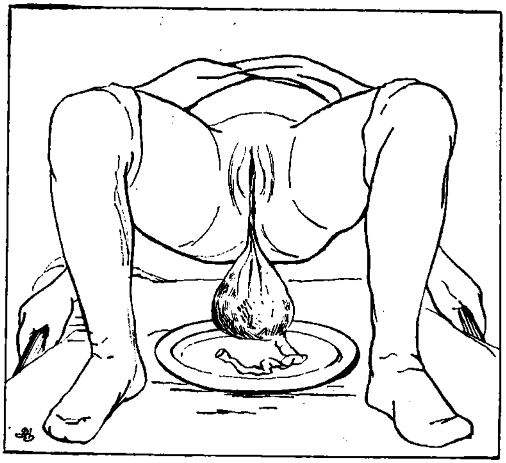
பொதுவாக நஞ்சும் படலங்களும் ஒரே சமயத்தில் வெளிப்படுத்தப்படு



படம் 138. கிரீட்—லசரவிச்சின் செயல் முறை

கின்றன. ஆனால் சிலபோது, முதலில் நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படுகிறது; கருப் பையினுள்ளேயே படலங்கள் இருக்கின் றன. வெளிப்பட்ட நஞ்சைக் கைகளில் எடுத்து, ஒரு பக்கமாக மெதுவாக சுழற்றப்படுகிறது. இதனால் படலங்





படம்139.படலங்களை வெளியேற்றுதல்
அ) வடத்தை முறுக்குதல்
ஆ) ஜென்டரின் செயல்முறை

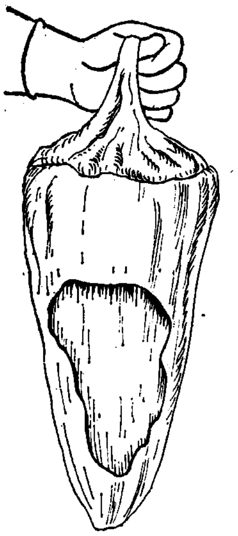
பிரசவித்த பெண் கூபகத்தைத் தூக்கு கிறாள்; நஞ்சுக் கொடி கீழே தொங்கு கிறது; படலங்கள் இழுக்கப்படுகின்றன.

கள் முறுக்கப்படுகின்றன. கருப்பைச் சுவர்களிலிருந்து படலங்கள் பிரிகின்றன; கிழிபடாமல், கருப்பையிலிருந்து அகற்றப்படுகின்றன. (படம் 139 அ)

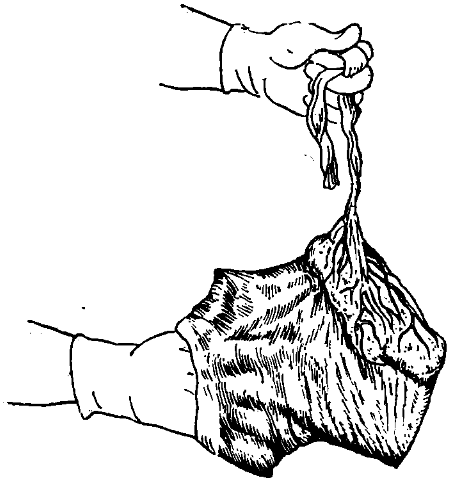
படலங்களை அகற்ற மற்றுமொரு செயல்முறையும் (ஜென்டர்) உண்டு. நஞ்சுக் கொடி வெளிப்பட்டவுடன், பிரசவித்த பெண் கூபகத்தைத் தூக்கப்பணிக்கப்படுகிறாள்; யோனியிலிருந்து, நஞ்சுக் கொடி தொங்கிக் கொண்டிருக்கிறது. அதன் புவி ஈர்ப்பால், படலங்கள் பிரிவது ஊக்குவிக்கப்படுகிறது. (படம் 139 ஆ) வெளிப்பட்ட நஞ்சுக் கொடியும் படலங்களும், முழுமையாக வெளிவந்து விட்டனவா என ஆராயப்படுகிறது.

நஞ்சுக் கொடி, தட்டையான தாலத்தில் பரப்பப்படுகிறது அல்லது உள்ளங்கைகளில், தாயை நோக்கிய பரப்பு மேல் நோக்கி இருக்கும்படி வைக்கப்பட்டு, ஒவ்வொரு பகுதியாக ஆராயப்படுகிறது. (படம் 140) நஞ்சின் விளிம்புகள் மிகவும் கவனமாக ஆராயப்பட வேண்டும். அவை மழமழப்பாகவும், அறுந்த நாளங்கள் எதுவுமின்றியும இருக்க வேண்டும்.

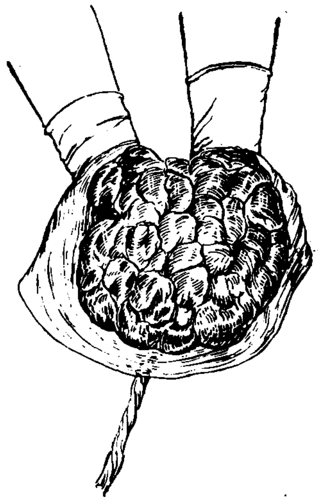
அடுத்து, படலங்கள் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். அதற்கு, நஞ்சின் நாயை நோக்கிய பகுதி கீழ் நோக்கியும், சேயை நோக்கிய பகுதி மேல் நோக்கியும் இருத்



அ



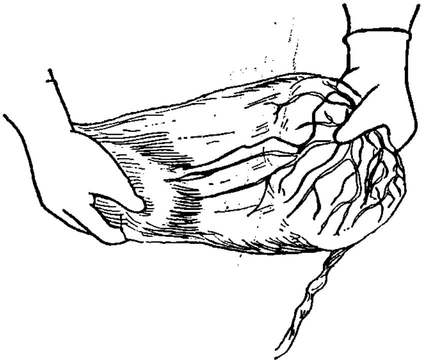
ஆ



படம் 140. நஞ்சுக் கொடியின், தாயை நோக்கிய பரப்பின், பரிசோதனை.

படம் 141. படலங்களைப் பரிசோதித்தல் அ. ஆ.

தல் வேண்டும். (படம் 141 அ) கிழி பட்ட விளிம்புகளைக் கொண்டு, படலங்கள், விரல்களால் தூக்கப்பட வேண்டும். முட்டை வடிவம் வரும் வகையில், அதைப்பரப்ப வேண்டும். (படம் 141 ஆ) ஆம்னியானனும், கோரிதானும், கவனத்துடன் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். இவற்றின் இடையே கிழிந்துபட்ட இரத்த நாளங்கள் (நஞ்சு விளிம்பில் இருந்து வருகின்ற) இருக்கக் கூடாது. அத்தகைய நாளங்கள் இருந்தால் (படம் 142), கருப்பையினுள் நஞ்சின்



படம் 142. உடைப்பட்ட இரத்த நாளங்கள் இருப்பது, நஞ்சுக்கொடியின் மடல் ஒன்று கருப்பையின் உள் இருப்பதைக் காட்டுகிறது.

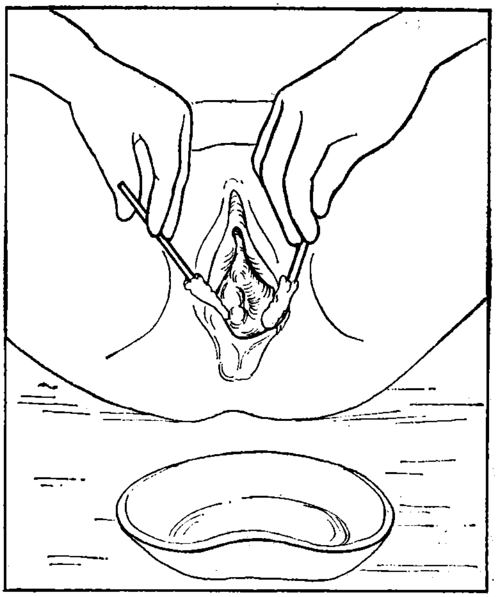
ஒரு பகுதி இருக்கிறது எனக்கொள்ள வேண்டும். படலங்களையும், அவை கிழிந்துபட்ட இடங்களையும் ஆராய்ந்தால், கருப்பைச் சுவரில், நஞ்சு ஒட்டியிருந்த இடம் தெரியவரும். கிழிந்துபட்ட படலங்கள் நஞ்சு விளிம்புக்கு அருகே இருந்தால், கருப்பைச் சுவரின் கீழே, நஞ்சுக் கொடி ஒட்டிக் கொண்டிருந்திருக்க வேண்டும் எனக் கொள்ளலாம்.

நஞ்சுக் கொடி முழுமையாக வெளிப்பட்டு விட்டது என மகப்பேறு டாக்டர் உறுதி செய்ய வேண்டும். எஞ்சியவை கருப்பையின் உள்ளே தங்கி விட்டால், குருதிப் பெருக்கு ஏற்படும் அபாயம் உண்டு. குருதிப் பெருக்கு மிகையாக இருக்கலாம்; பிரசவித்த பெண்ணின் உயிருக்கே ஆபத்தாக முடியலாம். நஞ்சின் பின்தங்கிய எஞ்சிய பகுதிகள், பேறுகால கீழ் தொற்றுக்குக் காரணமாக அமையலாம்.

கருப்பையின் உள்ளே, நஞ்சின் பகுதிகள் தங்கிவிடில், அவை உடனடியாக (மகப்பேறு டாக்டர், நஞ்சின் குறைபாடுகளைக் கண்ட பின்னர்) அகற்றப்பட வேண்டும். படலங்களின் எஞ்சிய பகுதிகள் கருப்பையின் உள்ளிருந்தால், அவற்றை கைகொண்டு அகற்ற வேண்டிய அவசியம் இல்லை. ஏனெனில் கருப்பையின் வெளிப்பாடுகளுடன் அவையும் வெளிவந்து விடும்.

நஞ்சின் எடை பார்க்கப்பட்டு, அளவிடப்பட வேண்டும். அதை, பேறுகாலப் பதிவேட்டில் குறிப்பிட வேண்டும். (ஆராய்ந்த பின்னர், நஞ்சுக் கொடி எரிக்கப்பட வேண்டும் அல்லது சுகாதார முறைப்படி கழிவு செய்து விட வேண்டும்) நஞ்சுக் கொடி வெளிப்படும் போது, வெளிப்பட்ட பின்னர், இழக்கப்பட்ட இரத்தத்தின் அளவையும் அளவிட வேண்டும்.

நஞ்சுக் கொடி வெளிப்பட்ட பின்னர், புறப்பிறப்புறுப்புக்கள் மற்றும் விடபப் பகுதி, தொடைகளின் உட்பரப்புகள் ஆகியவை, வெப்பமான கிருமி நாசினி கரையத்தால் கழுவப்பட்டு, சுத்தமான கைக்குட்டையால் உலர்த்தப்பட்டு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். புறப்பிறப்புறுப்புக்களும் விடபமும் முதலில் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பின்னர் உதடுகள் பிரிக்கப்பட்டு, தொற்றற்ற திண்டுகளை வைத்து, அல்குல் முகப்பைப் பரிசோதிக்க வேண்டும் (படம் 143) கருப்பையின் கழுத்தும்,



படம் 143. நஞ்சுக்கொடி வெளியேற்றப்பட்ட பின்பு, விடபத்தையும், யோனியின் முகப்பையும் பரிசோதித்தல்

உள்நோக்கி, கொண்டு ஆராயப்பட வேண்டும். குறிப்பாத தலைச்சூலியிலும், அறுவை முறைகளின் போதும், இது, செய்யப்பட வேண்டும்.

பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்களின் காயங்கள், நோய் தொற்றுக்கான வசதியான இடங்களாக உள்ளன. விடபத்தின் கிழிசல்கள், பிறப்புறுப்புக்களின் தொய்வுக்கும், பிதுக்கங்களுக்கும் காரணமாக உள்ளன. கருப்பைக் கழுத்து கிழிந்து பட்டால், அதன் புற மறிப்பு (தலைகீழ் நிலை, நாட்பட்ட கழுத்துள் அழற்சி, கீற்று அரிப்பு ஆகியவை உண்டாகலாம். மேற்கூறிய நோயூக்கு நிலைகளால், வருங்காலத்தில் புற்று நோய் உண்டாவதற்கான வாய்ப்புகள் ஏற்படுகின்றன. விடபம், மற்றும் யோனிச் சுவர்கள், கருப்பைக் கழுத்து ஆகியவை, சிசு பிறந்த பின்னர் நன்றாக பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். ஏதாவது காயங்கள் காணப்பட்டால் உடறுக்குடன் சீர்செய்யப்பட வேண்டும். பேறுகால நோய்கள் மற்றும் பிறப்புறுப்புக்களின் தொய்வு, மற்றும் பல மகளிர் நோய்களின் முன்காப்பாக, பிறப்புப்பாதையில் கிழிந்துபட்ட திசுக்களுக்கு தையல் போடுவதேயாகும்.

பரிசோதனை முடிந்த பின்னர், பிரசவித்த பெண்ணுக்கு சுத்தமான மேலங்கி தரப்படுகிறது; லினன் மாற்றப்படுகிறது. பெண்ணுக்கு கம்பளி தரப்பட்டு, பிரசவ அறையில் கண்காணிக்கப்படுகிறாள். பிரசவித்த பெண்ணின் பொது உடல் நலம், கண்காணிப்பில் அடங்கும். அவளது நாடித்துடிப்பு கணக்கிடப்படுகிறது. அகவய நிலையும் விசாரிக்கப்படுகிறது. அடிக்கடி கருப்பை, தொட்டுப் பார்க்கப்படுகிறது. யோனியிலிருந்து, இரத்தம் வெளிப்படுகிறதா, எனவும் கவனிக்க வேண்டும். பிறப்பைத் தொடர்ந்து, முதல் சில மணிநேரங்களுக்கு குருதி வெளிப்படலாம் என்பதைத் தெரிந்திருக்க வேண்டும். இந்த குருதி வெளிப்பாடு, கருப்பையின் விறைப்புத் தன்மை குறைவால் ஏற்படுகிறது.

பிரசவித்த பெண் நல்ல நிலையில் இருந்து, புகார்கள் எதுவும் இல்லாமலிருந்து, நாடித்துடிப்பு ஒழுங்காகவும் சரியான விகிதத்தில் இருந்து, கருப்பை உறுதியாக இருந்து, குருதிப்பெருக்கும் மிகவும் குறைவாக இருந்தால், அவளை 2—3 மணி நேரங்களில் உடல் நல மீட்பு அறைக்குக் கொண்டு செல்ல வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணுடன், உடல் நல மீட்புத் துறைக்கு, அவளது மகப்பேறு பதிவேட்டையும் அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் வலி நிவாரணம்.

பெரும்பாலான பெண்களுக்கு பிரசவத்தின் போது, சிசு பிறப்பின் போது வலி தோன்றுகிறது. வலி உணர்வுகளின் தரம், வேறுபடுகிறது. பலருக்கு, பிரசவத்தின் முதலாவது இரண்டாவது நிலைகளில் தான், வலி மிகையாகத் தோன்றுகிறது. புராதான கால மகப்பேறு நிபுணர்களே, வலி உணர்வுகளைக் குறைக்கவும் அல்லது அகற்றவும் அக்கறை கொண்டிருந்தனர். சென்ற நூற்றாண்டின் முதல் பகுதியில் தான், வலியைக் குறைப்பதற்கான விஞ்ஞான பூர்வ வழிகள் கண்டு பிடிக்கப்பட்டன. ஈதர் போன்ற மற்றும் பல பொருட்களின் உணர்வு நீக்கும் விளைவுகள் கண்டுபிடிக்கப்பட்டன.

சாமணத்தைப் பயன்படுத்தும் போது (1847) என். ஐ. பிரகோவ், மகப்பேறுத் துறையில் ஈதரைப் பயன்படுத்தினார். சிசுவைச் சுழற்றும் போது ஜே. சிம்ப்ஸன் (1847) ஈதரைப் பயன்படுத்தினார். பின்னர், ஈதரையும்; குளோரோபார்மையும், பிரசவத்தில் வலி நிவாரணியாகப் பயன்படுத்தினர்.

கடந்த நூற்றாண்டின் 60ல், என். ஏ. சொசாவா, குளோரோபார்மும், அல்கஹாலும் கொண்ட கலவையை உணர்வு நீக்கு முறைகளில் பயன்படுத்தினார். நைட்ரஸ் ஆக்ஸைடு (கிளிகோவிச் 1881), குளேரால் ஹைட்ரேட் (சயாத்லோவ்ஸ்காயா (1873), மார்ஃபின் போன்ற மற்றும் பல உணர்வகற்றிகள், பார்பிடுரேட்டுகள், பேண்டோபானுடன் மகனிசியம் சல்பேட், புரோகைன் ஹைட்ரோ குளோரைடு கரையம் போன்ற பல பொருட்கள், பிரசவத்தில் வலியை அகற்ற கையாளப்பட்டன. ஏ.யா. கிராசோவ்ஸ்கி, ஐ.பி. லசரவிச், பிளாரின்ஸ்கி, போன்ற பல புகழ் வாய்ந்த மகப்பேறு நிபுணர்கள், பிரசவத்தின் போது வலியை அகற்றும் பிரச்னை பற்றி ஆராய்ந்த போதிலும், மகத்தான அக்டோபர் சோஷலிஸ்ட் புரட்சிக்குப் பின்னர் தான், இந்தப் பிரச்னை புதிய கண்ணோட்டத்துடன் அணுகப்பட்டது. மகப்பேறுத் துறையில் உணர்வகற்று முறைகள் பயன்படுத்தப்பட்டன.

1936ல் ஏ.யு.ல்யூரி என்பவர், பிரசவத்தில் ஒட்டு மொத்தமாக வலி நீக்கும் கருத்தை முன் வைத்தார். தற்போது பிரசவத்தின் போது வலி நீக்கு முறைகள் பெரிய நகரங்களில் மட்டுமின்றி சிறிய கிராமப்புற மகப்பேறு நிறுவனங்களிலும் கையாளப்படுகின்றன.

பிரசவத்தின் போது வலியின் பங்கைப்பற்றி ஆராயும் போது, வலி நீக்கு முறைகளும் ஆராயப்பட்டன. முறையான பிரசவத்தின் போது வலி தேவையில்லை என தீர்மானிக்கப்பட்டது. முறையான பிரசவமும், சிசு பிறப்பும், சிலபோது, குறைந்த வலியுடனோ, வலியே இல்லாமலோ நிகழ்கிறது.

மேலும், வலுவான, நீண்ட கால வலி, நரம்பு மண்டலத்திற்கு தீங்கு விளைவித்து, பெண்ணுக்கும் தீமைபயக்கிறது என கர்ப்பிணிகளை ஆராய்ந்தது மூலம் தெரிகிறது. கடுமையான வலியால் பிரசவத்தின் சகஜமான போக்கு பாதிக்கப்பட்டு கருப்பையின் மந்தம், கருப்பை மற்றும் வயிற்றின் சீரற்ற சுருக்கங்கள் ஏற்படுகின்றன. உணர்வு நீக்கம், கருப்பையின் சாதகமான போக்கை ஊக்குவிக்கிறது எனவும் உறுதி செய்யப்பட்டது. வலியை அகற்றி விட்டால், பிரசவத்தின் கோளாறுகள் அகற்றப்பட்டு, பிரசவம் வெற்றிகரமாக நிறைவு பெறுகிறது.

சோவியத் ரஷ்யாவில், மகப்பேறு சிகிச்சையில் பல்வேறு வலி நிவாரண முறைகளை இணைப்பதுடன், உணர்வகற்று முறைகளில் புதினங்களைப் பகுத்த ஆராய்ச்சிகள் நடைபெற்று வருகின்றன. ஐ. இசட். வெல்வோவ்ஸ்கியும், அவரது சீடரான கே.ஐ. பிளடனோவும் உருவாக்கிய உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறை, கர்ப்பிணியை பிரசவத்திற்கு தயார் செய்ய, பெருமளவில் கையாளப்பட்டு வருகிறது. மருந்து மூலம் உணர்வகற்றும் முறையை விட, இது, சிறந்ததாகும். எல்லா மகப்பேறு நிறுவனங்களிலும், இதைக் கையாள பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறை கிடைக்காவிடில் அல்லது பயன்தராவிடில், மருந்து மூலம் உணர்வகற்று முறை கையாளப்படுகிறது.

பிரசவ வலிக்கான உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறை:

பிரசவ வலிக்கான காரணங்களின் அடிப்படையில், இந்த முறை அமைந்துள்ளது. பெண்ணின் மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் மீதான பணியைக் கொண்டு வலியை அகற்றவது தான், உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறையின் அடிப்படையாகும்.

கருப்பையின் நரம்பு நுனிகள் (அகவாங்கிகள்), நரம்பிழைகள், பிணையங்கள் ஆகியவையும் பிறப்புப்பாதையின் மற்ற பகுதிகளும் பிரசவத்தின் போது கிளர்த்தப்படுகின்றன. கருப்பைத் தசையின் சுருக்கங்களாலும், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியும், கருப்பைக்கழுத்தும் விரிவடைவதாலும், கருப்பையின் அகவாங்கிகள் கிளர்த்தப்படுகின்றன. விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்தின் நரம்பு நுனிகளின் கிளர்த்தலைப் பொறுத்து, வலி உணர்வுகள் இருக்கின்றன. சிசுவின் தலை கிழிறங்கும் போது, கழுத்தைச் சுற்றியுள்ள பகுதியில் காணப்படும் நரம்புப் பிணையங்கள் கிளர்த்தலடைகின்றன. கருப்பை, மற்றும் பெரிடோனியப் பந்தகங்களின் விரிவும், இரத்த நாளங்கள் அமுக்கப்படுவதும் (இந்த நாளங்களின் சுவர்களுக்கு, மிகையாக கூருணர்வு கொண்ட நரம்பிழைகள் நரம்பூட்டம் அளிக்கின்றன), வலியைத் தூண்டுகின்றன. பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தில் விடபத்திலும், புறபிறப்புறுப்புக்களிலும் காணப்படும் நரம்பிழைகளின் கிளர்த்தலும், வலிக்கு மற்றொரு காரணமாகும்.

கருப்பை நரம்புகளின் கிளர்த்தல், நரம்புத்தண்டுகள் வழியாக, மத்திய நரம்பு மண்டலத்திற்குக் கடத்தப்படுகிறது. கீழ்வயிறு, திரிக கீழ் முதுகுப்பகுதி, கவட்டை, தொடைகளின் மேற்பகுதி ஆகியவற்றில், இந்த வலி பிரதிபலிக்கிறது.

உணர்ச்சிவய நிலைகுலைவு, பிரசவ வலி தவிர்க்க முடியாத ஒன்று என்ற நம்பிக்கை, வலியை எதிர்பார்த்து அச்

சம், பிரசவத்தின் முடிவு பற்றியும், வருங்காலக்குழந்தை பற்றியும் பீதி, ஆகியவை, பிரசவ வலிக்கு மற்றுமொரு (உளஞ்சார்ந்த) காரணம் ஆகும். இந்த உணர்ச்சி வய நிலைகள், பெருமூளைப் புறணியைப் பாதித்து, பெருமூளைக்கும், மத்திய நரம்பு மண்டலக்கீழ்ப்ப குதிகளுக்கும் இடையேயான உறவையும் சீர்குலைக்கிறது. மேற்கூறியவை அனைத்தும் சேர்ந்து, கருப்பையின் நரம்பு நுனிகளைக் கிளர்த்தலடையச் செய்கின்றன. இதை கர்ப்பிணி, மிகையாக வலியாக உணருகிறாள்.

கருப்பையின், இனப்பெருக்க மண்டலத்தின் மற்ற பகுதிகளின் நரம்பிழைகள், எப்போதுமே, பிரசவத்தின் போது கிளர்த்தலடைகின்றன. அக உணர்வுகளின் வலி, பெண்களில் வேறுபடுகிறது. நரம்பு மண்டலத்தின் பணி சார்ந்த பண்புகளைப் பொறுத்துள்ளது. சில பெண்களில் பிரசவம் குறைந்த வலியுடனோ, வலியே இல்லாமலோ இருப்பதாக மருத்துவ கூராய்வு கண்டுள்ளது. பல பெண்கள், ஓரளவாக வலியை உணர்ந்து, பயமின்றி, பொறுமையுடன் சகித்து கொள்கின்றனர். அவர்களின் நடத்தை, மருத்துவ ஊழியர்களால் கட்டுப்படுத்தப்பகிறது. நிலையான நரம்பு மண்டலமும், சீரான மனப்பாங்கும் கொண்ட பெண்களில், வலிக்கான மேற்கூறிய பிரதிவினை காணப்படுகிறது.

சமநிலையற்ற பண்பு கொண்ட பெண்கள், பாதகமான உணர்ச்சிகளுக்கும், அச்சங்களுக்கும் உள்ளாகின்றனர். அவர்களில், வலிக்கான அடி எல்லை, மிகவும் குறைவாக உள்ளது. வயிறு, கருப்பைச் சுருக்கங்களுடன் இணைந்த நரம்பிழைகளின் கிளர்த்தல், அவர்களால், மிகையான வலியாக உணரப்படுகிறது. இத்தகைய பிரசவிப்பிகள் இடுப்புடன் இருக்கின்றனர். அவர்களது நடத்தையை தட்டுப்படுத்த முடியாததால், சகஜமான பிரசவம் பாதிக்கப் படுகிறது.

ஆகவே, சமமான தூண்டல்களால், இனப்பெருக்கப்பாதையின் நரம்பு மண்டலம் கிளர்த்தப்படுவதற்கான பிரசவிப்பியின் பிரதிவினை மாறுபடுகிறது. மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் உயர் மட்டப்பகுதிகளான பெருமூளைப்புறணியின் நடத்தையின் பண்புகளைப் பொறுத்து, வலி உணர்வு அமைகிறது.

பிரசவ வலியின் அகவய உணர்வைச் சார்ந்திருப்பது; நரம்பு மண்டலத்தின் மீதான கர்ப்பிணியின், நடத்தை; ஆகியவற்றை, சோவியத் மகப்பேறு அறிவியல் துறை நீண்ட காலமாக ஆராய்ந்தது. பெண்ணின் மனப்பாங்கைத் தெரிந்து, வலியை அகற்ற முயற்சித்தனர். சென்ற பத்தாண்டுகளுக்குள், உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறை, பிரசவ வலியைக் கட்டுப்படுத்த, வெற்றிகரமாக கையாளப்பட்டு வருகிறது. கர்ப்பிணியின் உயர் நரம்பு மண்டலத்தின் மீதான வினை மூலம், இது, சாதிக்கப்பட்டது. பிரசவ வலி தவிர்க்க முடியாத ஒன்று, என்று கர்ப்பிணிக்கு உணர்த்தி, அவளது பயத்தை அகற்றி, பிரசவம், ஒரு உடலியங்கியல் நிகழ்வு எனக்கூறி, பிரசவத்தில் வலி, கட்டாயமாக இருக்க வேண்டும் என்றில்லை என்று அறிவுறுத்துவது தான் உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறையின் நோக்கமாகும், ஆகவே, உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறை, பிரசவ வலியைக் குறைக்கிறது அல்லது அறவே அகற்றுகிறது.

மகப்பேறு டாக்டரின் அறிவுறைகளைப் பின்பற்றினால், அவளது பிரசவம் வலியற்று இருக்க பிரசவம் என அவளுக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு சிகிச்சையின் போது,

பிரசவத்தின் போது எவ்விதம் நடந்து கொள்ள வேண்டும் என கர்ப்பிணிக்கு சொல்லித்தர வேண்டும். பிரசவத்தின் உடல் இயங்கியல் பற்றியும், அதன் போக்கு பற்றியும் தேவையான விபரங்களை அவளுக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும் வலி தவிர்க்க முடியாத ஒன்று என்பதை அறிவுறுத்த வேண்டும். பிரசவத்தின் பல்வேறு கட்டங்களில், அவள் அனுபவிக்கப் போகும் உணர்ச்சி நிலைகளை, அவளுக்கு, முன்னதாகவே தெரிவித்து விட வேண்டும்.

கர்ப்ப காலத்தின் துவக்கத்தின் போதும், பிரசவம் துவங்குவதற்கு நான்கு வாரங்கள் முன்பாகவும், (பிரசவத்தின் போதும்), உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகளைக் கையாள வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் போது, கர்ப்பிணியை முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும். (கடந்த கால விபரங்கள், பொதுப்படையான, மகப்பேறு ச்சார்ந்த பரிசோதனை)கர்ப்ப நிலைக்கு பெண்ணின் பிரதிவினை, வருங்காலப் பிரசவம், பிள்ளைப்பேறு ஆகியவை பற்றி மகப்பேறு டாக்டர் தெரிந்திருக்க வேண்டும். பிரசவம் பற்றிய பயத்தை அகற்றி, பிரசவம் வலியற்று இருக்கும் என்றும், வெற்றிகரமாக முடியும் என்றும் மகப்பேறு நிபுணர் வலியுறுத்த வேண்டும். டாக்டரைச் சந்திக்கும் ஒவ்வொரு தடவையும், கர்ப்பிணியின் மன நிலை, மெதுவாகவும் சாதகமாகவும், உற்சாகப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் 35—36வது வாரத்தில், வரப்போகும் பிரசவத்தைப் பற்றி எல்லா விபரங்களும் கர்ப்பிணிக்குத் தரப்பட வேண்டும். பிரசவம் வலியற்று இருக்க, அவள் எப்படி நடந்து கொள்ள வேண்டும் எனவும் கற்பிக்கப் பட வேண்டும்.

அறிவுரை வழங்குவதற்கென தனியான அறை இருக்க வேண்டும். அந்த அறையில் தேலையான, பார்த்து கற்றுக் கொள்வதற்கான சாதனங்கள் இருக்க வேண்டும். எனினும் இந்த முறை சாத்தியமில்லாவிடில், சாதாரண அறையிலேயே பாடம் புகட்டலாம்.

நோயாளியை பிரசவத்திற்கு தயார் நிலையில் இருக்கச் செய்ய 4 பாடங்கள் (பிரசவத்திற்கு 4—5 வாரங்களுக்கு முன்பாக) போதும். பாடங்களுக்குத் தேவையான அனைத்தும் தயாராக இருக்க வேண்டும். (தேவையற்ற அச்சம் அகற்றப்படுகிறது; தனது பிரசவம் வெற்றிகரமாக முடியும் என தாய் உறுதி கொள்ள வேண்டும்) சோவியத் ரஷ்யாவின் (1954) மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறையின் பரிந்துரைப்புகளின் படி, பிரசவத்திற்கு முன்பான பயிற்சி, கீழ்க்கண்டவாறு இருக்க வேண்டும்:—

முதல் பாடம்.

பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களின் உடற்கூறு இயல் பற்றியும், உடலில் ஏற்படும் மாற்றங்கள் பற்றியும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். பிரசவமும், பிறப்பு, ஒரு உடலியங்கியலைச் சார்ந்தது எனக் கருதக் கற்றுத்தரப்படுகிறாள். பிரசவத்தின் மூன்று கட்டங்கள் விளக்கப் படுகின்றன. பிரசவ முதல் கட்டத்தின் தன்மைகள், கர்ப்பிணியின் அகவய உணர்வுகள், கருப்பையின் சுருக்கங்கள், அவற்றின் நேரக்கூறு, விகிதம், பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், பெண் பிறப்புறுக்களில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், அவற்றின் உடலியங்கியல் தன்மை, (கருப்பைக் கழுத்தின் விரிவு); படலங்களின், அம்னியாடிக் திரவத்தின் பங்கு ஆகியவை விளக்கப்படுகின்றன. பிரசவத்தின் போது, பெண்ணின் பெருமாலான சக்தி விரயமாகிறது என்பதைச்

சுட்டிக்காட்ட வேண்டும். ஆகவே, பிரசவத்தின் பிரதான கட்டத்திற்கும், குழந்தை பிறப்புக்கும் தனது சக்தியை சேமித்து வைக்க வேண்டும். அவள், வசதியான ஒரு நிலையில் இருக்க வேண்டும். முறைப்படி உண்ண வேண்டும். மருத்துவ உழியர்களின் அறிவுரைகள் அனைத்தையும் பின்பற்ற வேண்டும்.

இரண்டாவது பாடம்

முறையான சுருக்கங்களின் போதும், பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் முழுவதும் எவ்விதம் நடந்து கொள்ள வேண்டும் என்று பணிக்கப்பட வேண்டும். பிரசவத்தின் சகஜமான போக்கை ஊக்குவிக்கவும், வலி உணர்வுகளைக் குறைக்கவும் தேவையான, உடற்பிரயாசைகளை மேற்கொள்ள, கர்ப்பிணி சுற்றுக் கொள்ள வேண்டும்.

1) அமைதியாகப் படுத்திருத்தல்

2) கருப்பையின் சுருக்கங்களின் போது ஆழமாகவும், லயத்துடனும் மூச்சுவிட வேண்டும்.

3) இரண்டு கைகளின் விரல் நுனிகளைக் கொண்டு வயிற்றின் கீழ்ப் பகுதியைத் தேய்த்துக் கொண்டு, அதே போது காற்றை உள்ளிழுக்கவும், வெளிவிடவும் வேண்டும். பூப்புக்கு மேலாக உள்ள நடுக்கோட்டிலிருந்து வெளிப்புறமாகவும், மேற்புறமாகவும் தேய்க்க வேண்டும்.

4) அதே போது, திரிக கீழ் முதுகுப் பகுதியின் சருமத்தைத் தேய்த்துக் கொண்டு மூச்சுவிட வேண்டும்.

5) மைக்கேலிசின் சாய்சதுர வெளிக் கோணங்களிலும், இரண்டு முன்புற மேற்புற முனைப்புகளிலும், இலியாக் முகடுகளின் உட்பரப்பு சருமத்தை அழுத்த வேண்டும். முன்புற முனைப்புகளின் சருமத்தை, கட்டை விரல்களின் நுனியால் அழுத்த வேண்டும்; தொடைகளை உள்ளங்கைகளாலும், மைகேலிசின் சாய்சதுரத்தின் முன்கோணததை, ராம்பாய்டுக்கு அடியே முஷ்டிகளாலும், அழுத்த வேண்டும்.

6) கருப்பையின் சுருக்கங்களை எண்ணலாம்.

7) சுருக்கங்களின் இடைவெளிகளில் ஓய்வு எடுக்கலாம். முடிந்தால் தூங்கலாம்.

கர்ப்பிணி, தனக்குத் தேவையான உடற்பயிற்சிகளைப் பற்றி நன்கு தெரிந்து மகப்பேறு டாக்டரின் அறிவுரைப்படி செய்ய வேண்டும்.

பாடத்தின் இறுதியில், பிரசவத்தின் போது வலியை அதிகரிக்கும் அம்சங்களைப் பற்றித் தெரிந்திருக்க வேண்டும். (தேவையற்ற பயம், சிடுசிடுப்பு, நிறைந்த சிறுநீர்பை இன்னபிற) வலிக்கான மேற்கூறிய காரணங்களை, பிரசவத்தின் போது சரியான நடத்தையின் மூலம் தவிர்க்கலாம் என்பதை கர்ப்பிணிக்கு விளக்க வேண்டும்.

மூன்றாவது பாடம்.

பிரசவத்தின் இரண்டாவது மூன்றாவது நிலைகளைப்பற்றி, கர்ப்பிணி தெரிந்திருக்கிறாள். இந்தக் கட்டத்தில் கர்ப்பிணியின் அகவய உணர்வுகள், பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தின் துவக்கத்திலும், இறுதியிலும் மேற்கொள்ள வேண்டிய நிலைகள், வயிற்றுச்சுருக்கங்களின் போது மூச்சை அடக்கும் வழி ஆகியவை பற்றியும் கர்ப்பிணிக்குச் சொல்லித்தர வேண்டும். வயிற்றுச் சுருக்கங்களின் திறனை அதிகரிக்க, ஆழ்ந்த உள் மூச்சுக்குப்பின், 10—15 வினாடிகள் மூச்சைப்பிடிக்க வேண்டிய அவசியத்தை அவளுக்கு விளக்க வேண்டும். தசையின் விறைப்புத் தன்மையை இது, அதிகரிக்கிறது. அடுத்த சுருக்கத்தின்போது, இதுமாதிரி 2—3 தடவைகள் செய்ய வேண்டும். தலையின் நிலை பெயர்வின் போது

வெளியேற்றுவதற்கான பிரயாசையைக் குறைக்க, எவ்விதம் மூச்சு விட்டு, தனது தசைகளைத் தளர்த்த வேண்டும் என்று கர்ப்பிணிக்கு சொல்லித்தர வேண்டும். நஞ்சுக்கொடி நிலை, அதன், நேரக்கூறு, சுருக்கங்களின் தன்மை ஆகியவை பற்றியும் விளக்க வேண்டும்.

நான்காவது பாடம்.

இந்தப்பாடத்தின் போது, முன் கூறியவற்றை நினைவு கூர்ந்து, மூன்று பாடங்களில் தான் கற்றவற்றை சரி பார்க்க வேண்டும்.

முன்னதாக டாக்டரிடம் சென்றிருந்த போது போதிய அளவு உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகள் பின்பற்றப்பட்டிருந்தால், இந்த 4 பாடங்களே போதுமானது. இல்லையெனில் 5 முதல் 6 பாடங்கள் சொல்லித்தரப்பட வேண்டும். கர்ப்பிணியின் ஏற்கனவேயான பயிற்சியை நிறைவு பெறச்செய்ய, வீட்டிலேயே கானாகவே தேகப்பயிற்சி செய்ய பரிந்துரைக்கப்படுகிறாள். மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் நியதிகளைப் பற்றியும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். பிரசவத்தின் போது (வெளிப்புற யோனிப்பரிசோதனைகள், சிரை வழியாக குளுகோசைச் செலுத்துதல், ஆக்ஸிஜன் கொண்டு மூச்சுவிடல்) நடக்கும் செயல் முறைகளைப் பற்றி அவளுக்கு அறிவிக்க வேண்டும். மருத்துவ ஊழியர்களின் கட்டளைகளை முறையாகப் பின்பற்ற வேண்டும் என அவள் எச்சரிக்கப்படுகிறாள். முறையாகச் சாப்பிட வேண்டியதன் அவசியத்தையும் விளக்க வேண்டும்.

கர்ப்பிணியின் வீட்டுக்கு செவிலியர்கள் வருகை தரும் போது, ஏற்கனவே டாக்டரிடம் பெற்ற அறிவுரைகளை நினைவு படுத்த வேண்டும்.

மருத்துவ ஊழியர்களின் திறனையும், மகப்பேறு மருத்துவ மனையின் திட்டமிட்ட சுகாதாரக் கல்வியையும் பொறுத்து, உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகனின் திறன் அமைகிறது. அவர்கள் கர்ப்பிணிகளிடம் அமைதியாகவும், பரிவுடனும் நடந்து கொள்ள வேண்டும். கர்ப்பிணிகளின் முன்னிலையில், பிரசவத்தின் போது நிகழக்கூடிய சிக்கல்களைப் பற்றிப் பேசாமல் இருக்க வேண்டும். மருத்துவ ஊழியர்களின் தரக்குறைவான நடத்தை, கவனக்குறைவான வரையாடல்கள், கர்ப்பிணிக்கு போதிய முக்கியத்துவம் அளிக்காமை ஆகியவை உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகளை பெரிதும் பாதிக்கும்.

பிரசவத்தை நடத்தும் மகப்பேறு நிபுணர், கர்ப்பிணியை மிகவும் அக்கறையுடன் கவனிக்கிறார். அவளை உற்சாகப்படுத்துறார்; பிரசவ வலியை எவ்விதம் குறைத்து, அறவே அகற்றுவது பற்றிய முறைகளை நினைவூட்டுகிறார்; பிரசவம் வெற்றிகரமாக முடியும் என நம்ப வைக்க முயற்சிக்கிறார்; கர்ப்பிணியின் எல்லாப் பரிசோதனைகள், பிரசவம் நடத்துதல், மற்ற செயல் முறைகள் அனைத்துமே, சந்தடியின்றி அமைதியாகச் செய்யப்பட வேண்டும்.

பிரசவம் முடிந்தவுடன், உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகளின் பலன் பற்றி, மகப்பேறு டாக்டர் ஆராய்கிறார்:—
1) பிரசவத்தின் போது கர்ப்பிணியின் நடத்தை 2) தனது அகவய நிலை, உணர்வுகள் பற்றி கர்ப்பிணியின் கணிப்பு. ஊளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகளின் பலன் கீழ்ப்பண்டவாறு பிரிக்கப்படுகிறது; முழுமையான பலன், ஓரளவான பலன்; பலனே இல்லாமை.

முன்னதாக டாக்டரிடம் சென்ற போது, கர்ப்பிணிக்கு போதிய அறிவுரைகள் வழங்கப்படாவிடில், மகப்பேறு மருத்துவமனையில் சேர்ந்த உடனே, பிரசவத்திற்கு அவளைத்

தயார் செய்ய வேண்டும். கர்ப்பிணியின் அச்சங்களைப் பற்றியும், பிரசவத்தின் வெற்றிகரமான முடிவு பற்றியும் சொல்லி, அவளைத் தயார் செய்ய வேண்டும். பிரசவத்திற்கு முன்பான அறிவுரைகளை விட, நீண்டகால உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு சிகிச்சை, அதிகப் பலனளிக்கும்.

பல்வேறு மகப்பேறு நிறுவனங்களில், உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகளுடன், கர்ப்பிணிக்கான சுகாதாரமான, சிக்கலான உடற்பயிற்சிகளும், இணைக்கப்படுகின்றன. (பிரசவத்திற்கான உடலியக்கம் சார்ந்த முன்காப்பு தயாரிப்பு)

மருந்து மூலம் உணர்வகற்றல்

1) உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறைகள் பலனளிக்காவிடில்,

2) பிரசவத்திற்கு முன்னர், கர்ப்பிணிக்கு உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடில், பிரசவத்தின் போது மருந்து மூலம் உணர்வகற்று முறை கையாளப்படலாம்.

பிரசவத்தின் போது கொடுக்கப்படும் வலி நிவாரண மருந்துகள், வலியைப் போக்குவதோடல்லாமல், தாய்க்கும் சேய்க்கும் தீமைபயக்கக் கூடாது. உணர்வகற்றிகள், பிரசவத்தை பலவீனமடையச் செய்யக்கூடாது.

முறையான சுருக்கங்கள் துவங்கியதும், கழுத்து உட்கால்வாய் 4—6 செ. மீ திறந்ததும், பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில் கர்ப்பிணிக்கு உணர்வகற்றிகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. முறையான பிரசவம் துவங்கும் ஆரோக்கியமான பெண்களுக்கே, உணர்வகற்றிகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. அவளுக்கு உணர்வகற்றிகள் கொடுக்கப்பட்ட பின்னர், கர்ப்பிணியின் நிலையை கூர்ந்து கவனிக்க வேண்டும். அதே போது சிசுவின் இருதய தொனிகளையும், பிரசவத்தின் தன்மையையும் கண்காணிக்க வேண்டும்.

உளஞ்சார்ந்த முன்காப்பு முறையுடன் (அதன் விளைவு முழுமையாக இல்லாதிருந்தால்), உணர்வகற்றிகளையும் சேர்த்தால், அமைதியூட்டப்பட்டு, வலியில்லாத நிலையில் நிலையில் பிரசவம் எளிதாகிறது என அனுபவம் மூலம் தெரிய வருகிறது.

உரிய மருந்தை திறமையுடன் தெரிந்தெடுத்து, நோயாளி மற்றும் சிசுவின் நிலையை கவனமாகக் கண்காணித்து, வேறு பல நோய்கள் கொண்ட கர்ப்பிணிக்கு, உணர்வகற்றிகளை, அனுபவம் மிக்க மகப்பேறு நிபுணர்கள், கொடுக்கின்றனர். சகஜமான பிரசவத்தின் போக்கில் ஏதாவது மாறுபாடு காணப்பட்டால், தாயிலோ சேயிலோ ஏதாவது கோளாறு உண்டானால், மகப்பேறு நிபுணர், உடனே உணர்வகற்று முறையை நிறுத்தி விடுகிறார்.

பிரசவத்தின் போது வலியை நீக்க, பல மருந்துகளும், முறைகளும், தற்காலத்தில் கையாளப்படுகின்றன. சில மருந்துகள் போதிய பலனளிப்பதில்லை; சிசுவையோ, பிரவத்தின்போக்கையோ, சில மருந்துகள் பாதிக்கின்றன. அத்தகைய மருந்துகள் பெரும்பாலும் கையாளப்படுவதில்லை. சான்றாக, குளோரோபார்ம், மற்றும் ஸ்கோபலமைன், குளோரால் ஹைட்ரேட், பரால்டிஹைடு, போன்ற மற்றும் பல பொருட்கள், கடந்த காலத்தில் பயன்படுத்தப்பட்ட போதிலும், தற்காலத்தில் அவை ஆபூர்வமாகவே பயன்படுத்தப்படுகின்றன அல்லது பயன்படுத்தப் படுவதே இல்லை.

உணர்வு அகற்று முறையை, உணர்வகற்று நிபுணர்தான் கையாள வேண்

டும்; அல்லது எளிய கேசுகளில் செவி லியர்களே கையாளலாம்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், உள் வைப்புக் குளிகைகள் (பெல்லடோனா சாறு 0.015 கிராம்; பேண்டோபான் 0.02 கிராம், ஆண்டிபைரின் 0.5 கிராம் பட்டர்க்காவ் 1.5 கிராம்) கையாளப்ப டலாம். ஆண்டிபைரினுக்குப் பதிலாக அசிடைல்சலிசிலிக் அமிலத்தையோ அல்லது அமைடோபைரீனையோ பயன் படுத்தலாம்.

இரப்பர் உறையணிந்த விரல் கொண்டு, உள்வைப்புக் குளிகையை மலக்குடலினுட் செலுத்தலாம். முதல் உள்வைப்புக் குளிகை வைத்த இரண்டு மணி நேரங்களுக்குப் பிறகு மற்றொரு உள்வைப்பு குளிகையை உட்செலுத்த லாம்.

பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத் தின் போது, கீழ்க்கண்ட மருந்துகளைக் கொண்ட பானத்தைக் கொடுக்கலாம்:—பாபாவைரைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு 0.02 கி. பெல்லடோனா சாறு 0.02 கி. இதைல் அல்கஹால் 15.0 கி. சர்க்கரை பாடு 20.0 கி. (ஒரு தடவையாக அருந்த)

மற்றுமொரு பானத்தையும் கொடுக் கலாம்:—ஆண்டிபைரின் 0.5 இதைல் அல்கஹால் 15.0 கி. சர்க்கரைப்பாகு 15கி.

வெளியேற்று கட்டத்தில் மெந்தால் குச்சியைக் கொடுக்கலாம். (மென்தோ 20% பாரஃபின் 80%) கீழ் வயிற்றிலும், திரிகக்கீழ் முதுகுப்பகுதியிலும் (மைக்கேலிசின் சாய் சதுரம்) மெந்தால் குச்சியை 2—3 நிமிடங்களுக்கு சருமத் தின் மீது தேய்க்கலாம்.

உள்வைப்புக் குளிகைகள், பானங் கள் தவிர சரும் அடி மற்றும் தசை உள் மூச்சு வழியாக மருந்துகளைச் செலுத் துவதற்கான சாதனங்களும் இருக்க வேண்டும்.

பேண்டோபானும், மக்னிசியம் சல் பேட்டும் கொண்டு உணர்வகற்றும் வழி, மிகரும் எளிதானது. (பேண்டோபான கரையம் 2%; 1 மி.லி; 20% மக் னிசியம் சல்பேட் கரையம் 5மி.லி) ஒரே ஊசியாக, இந்தக்கரையம் தசை ஊசியாக (குண்டியின் மேற்புற வெளிப் புறப் பகுதியில்) செலுத்தப்படுகிறது.

பிரசவத்தின் போது, வலியை அகற்ற திகோடின், புரோமிடால், அப்ரோஃபென், அப்ரோஃபென் முதலியன பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

திகோடின் 1% கரையமா 1.5 மி.லி சரும் அடி ஊசியாகக் கொடுக்கப் படுகிறது. உணர்வற்ற நிலை 2—3 மணி நேரங்கள் நீடிக்கிறது. திகோடினை, மக்னீசியம் சல்பேட்டுடன் சேர்த்துக் கொடுக்கலாம். (1% கரையம் 1மி. லி சரும அடி ஊசியாகவும், 25% கரையம் 4மி.லி தசை ஊசியாகவும்) வலி நீக்கு முறையில், திகோடின் நல்ல பயன் தருகிறது. (அரை அலகில் கொடுத்தால் கூட போதும்) வெள்ளை ஸ்ட்ரெப்டோசைடை (ஸ்ட்ரெப்டோசிடம் ஆல்பம்) 1.5—2கி. அலகில், முதலிலேயே கொடுத்து விட்டால் திகோடின் நல்ல பலன் தருகிறது. (ஏ.பி.நிகலேவின் கூற்று)

புரோமிடோலுக்கு வலி அகற்று விளைவும், சுருக்க எதிர் விளைவும் உண்டு. (கழுத்துக்கால்வாய் திறக்க உதவுகிறது) 1% கரையமாக சரும அடி ஊசியாக புரோமிடோல் கொடுக்கப்படுகிறது. கொடுக்கப்பட்ட 10—20 நிமிடங்களில், இதன் விளைவு தெரிகிறது. இந்த விளைவு 2—4 மணி நேரங்கள் நீடிக்கிறது. இதைத் திகோடினுடன் சேர்த்தும் கொடுக்கலாம். (புரோமிடோலின் 1% கரையம் 0.5 மி.லி.

சரும அடி ஊசியாக) **அப்ரோஃபென்** ஒரு சக்தி வாய்ந்த வலி நீக்கியும், சுருக்க எதிரியுமாகும். சரும அடியாகவோ, தசை ஊசிதாகவோ கொடுக்கப்படுகிறது. (1மி.லி. 1% கரையம்) ஐசோபுரோமிடாலுடன் சேர்த்தும் கொடுக்கப்படுகிறது. (உணர்வகற்று விளைவை ஊக்குவித்து, கழுத்து விரிவடைவதை துரிதப்படுத்துகிறது)

நைட்ரஸ் ஆக்சைடு, ஈதர், டிரைலீன், போன்ற மற்றும் பல மருந்துகள் மயக்க மருந்துகளாகக் கொடுக்கப்படுகின்றன.

நைட்ரஸ் ஆக்சைடு, ஆக்ஸிஜனுடன் சேர்ந்து உள்ளிருக்கப்படுகிறது. (80 நைட்ரஸ் ஆக்சைடு, 20% ஆக்ஸிஜன்) பிரசவத்தின் முதல், இரண்டாவது கட்டங்களில் மட்டுமே, ஒரு சிறப்பு முகமூடி கொண்டு, கொடுக்கப்படுகிறது.

வாயு முகமூடியைப் பயன்படுத்தும் வழி, கர்ப்பிணிக்குத் தெரிந்திருக்க வேண்டும். கருப்பைச் சுருக்கங்களின் போது, தானாகவே, அதைக் கையாளுகிறாள். இடைவெளிகளின் போது, முகமூடி அகற்றப்படுகிறது. நைட்ரஸ் ஆக்ஸைடின் வலி நிவாரண விளைவு உடனடியாகத் துவங்கி, முகமூடியை எடுத்தவுடன் விளைவு மறைந்து விடுகிறது.

நைட்ரஸ் ஆக்சைடு, ஆக்ஸிஜனின் கலவை, உணர்வகற்றுவதில் நல்ல பலனளிப்பதுடன், தாய்க்கோ, சேய்க்கோ, பாதகமான விளைவுகளை ஏற்படுத்துவதில்லை.

டிரைலீன் (ஆக்ஸிஜனுடன் சேர்ந்து) நைட்ரஸ் ஆக்சைடு போன்றே, நல்ல பலனளிக்கிறது. (சுருக்கங்களின் போது உள்ளிழுக்கப்படுகிறது) இது, ஒரு சக்தி வாய்ந்த வலி நிவாரணியாகும்.

ஈதர், பிரசவத்தின் போது வலியை அகற்ற, நீண்ட காலமாக பயன்படுத்தப்படுகிறது. முதலில் (முக மூடி கொண்டு) சொட்டு மருந்தாக உபயோகிக்கப்பட்டது. முக்கியமாக கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது கட்டத்திலேயே பயன்படுத்தப்பட்டது. வயிற்றுச் சுருக்கங்களின் போது ஈதர், உள்ளிழுக்கப்பட்டது. இடைவேளைகளின் போது, நிறுத்தப்பட்டது. ஒரு சிறப்புக்கருவி கொண்டு, ஈதரும் ஆக்ஸிஜனும் சேர்ந்து தற்காலத்தில் பயன்படுத்தப்படுகிறது. ஈதரின்துவக்க விளைவு மட்டுமே (வலி நிவாரணம், குழப்ப நிலை) பயன்படுத்தப்படுகிறது. ஈதரையும், ஆக்ஸிஜனையும் சேர்த்து மூச்சு மூலம் உள்ளிழுப்பது, பலனளிக்கிறது.

வெளியேற்ற கட்டத்தின் துவக்கத்தில், உணர்வு கடத்து அகற்று முறை கையாளப்படலாம். புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு திரவம் கொண்டு, பூடெண்டல் நரம்பின் எல்லாக்கிளைகளிலும், உணர்வு கடத்துதல், தடை செய்யப்படுகிறது.

உணர்வகற்றுவதில் புத்தம் புதிய முறைகள் கண்டுபிடிக்கப்பட்டு வருகின்றன. மின்சக்தி கொண்டு உணர்வகற்றல், வலிநீக்கிகளையும், சுருக்க எதிரிகளையும் சேர்த்து பயன்படுத்துதல், அமைதியூட்டிகள், (செடுக்சான் முதலியன) வலி நீக்கிகள் (புரோமிடால் இன்னபிற) போன்றவை பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பஸ்கோபான், வயாடிரில், நரம்பு செயலிழப்பிகள் போன்ற பல மருந்துகள், பல்வேறு மகப்பேறு மருத்துவ மனைகளில், சிக்கலான பிரசவ கேசுகளின் போது, உணர்வகற்று நிபுணரின் மேற்பார்வையில் கையாளப்படுகின்றன.

அத்தியாயம் 11.

முறையான பிரசவ பின் காலம்.

நச்சுக்கொடி வெளியேற்றப்பட்ட பிரசவ பின்காலம்,திலிருந்து துவங்கும், 6—8 வாரங்களுக்கு நீடிக்கிறது. கர்ப்பத்தின் போது, பிரசவத்தின் போதும், பெண்ணின் உடலில் தோன்றிய மாற்றங்கள் அனைத்தும், இந்தக் கால கட்டத்தில் சீரடைகின்றன. இனப்பெருக்கப்பாதை முழுமையாகச் சீரடைகிறது. பெண், கை மகவுக்கு முலைப் பாலளிக்காவிடில், அவளது மாத விடாயும் துவங்குகிறது. பாலூட்டும் பெண்களில், காலந்தாழ்த்தி, முலைப்பாலூட்டத்தை நிறுத்திய பின்னர் தான். மாத விடாய் துவங்குகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில், பாலூட்டும் பெண்களில் கூட, குழந்தை பிறந்த 6—8 வாரங்களுக்குள் மாதவிடாய் துவங்குகிறது.

பிரசவித்த பெண்ணில் மாற்றங்கள்

பிறப்புறுப்புக்களின் உட்சுருள்வு (முன்னிலை மீட்சி). நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்டவுடன், கருப்பை ஒரு கோளமாக மாறுகிறது. அதன் நிலையமைதி உறுதியாக உள்ளது; அசையும் தன்மையும் மிகையாக இருக்கிறது. (பந்தகங்கள் விரிவடைவ்தால்) குழந்தை பிறந்தவுடன், கருப்பையின் உச்சி தொப்பூழுக்கும் கீழே, 1—2 விரல் அகலத்தில் இருக்கிறது. யோனி, மற்றும் கூபகத்தளத் தசைகளின் மிகையான விறைப்பின் காரணமாக இது நிகழ்கிறது. கருப்பையை எளிதில் மேல் நோக்கியும், இருபக்கமாகவும் தள்ளலாம். சிறுநீர்பை, நிரம்பியிருந்தால், கருப்பையின் உச்சி, விலா எலும்பு வளைவு வரையில் செல்லலாம். பிறந்தவுடன், கருப்பைக் கழுத்து; மெல்லிய சுவருடைய பை போல் ஆகிறது; கழுத்து உட்கால்வாயினுள் ஒரு கையை நுழைக்க முடியும்; திறந்த வெளித் துளையின் விளிம்புகள், யோனியில் மடித்தப்பட்டுள்ளன. நச்சுக்கொடியும், படலங்களும் பிரிந்த பின்னர், கருப்பையின் உட்பரப்பு ஒரு காயமாக இருக்கிறது. குழந்தை பிறந்த பின்னர்கருப்பையின் சராசரி நீளம் 15 செ.மீ ஆக (13—16 செ.மீ) உள்ளது. கருவகக்குழல்கள் பொதிந்த இடத்தில் அதன் அகலம் 12—13 செ.மீ ஆக உள்ளது. கருப்பையின் எடை 1000 கிராமாக இருக்கிறது.

யோனி தொய்ந்தும், அகலமாகவும் இருக்கிறது. புறப்பிறப்புறுக்கள் வீங்கியுள்ளன; பிறப்புறுப்புப் பிளவு திறந்துள்ளது; புறப்பிறப்புறுப்புக்களும், யோனிச் சுவர்களும் கிழிபட்டு அல்லது புண்பட்டுக்காணப்படுகின்றன.

பிறப்புக்குப் பின்னர், கருப்பை அளவில் சிறிதாகிறது; கழுத்து முந்தைய வடிவத்தைப் பெறுகிறது; கருப்பையின் உட்பரப்பு சீரடைகிறது.

தசைகளின் சுருக்கங்களால் (பிறந்த

பின்னான சுக்கங்கள்) கருப்பையின் கொள்ளளவு குறைகிறது. இதனால் தசை இழைகளின் ஒரு பகுதியில் சோகையும், கொழுப்பு சீர் குலையும் காணப்படுகின்றன.

கருப்பை உச்சியின் மட்டத்தைக் கொண்டு, கருப்பை சுருங்கி உள்ளதை அளவிடலாம். பிரசவத்தைத் தொடர்ந்து 10—12 நாட்களில், கருப்பை உச்சி, தினமும் ஒரு விரல் அகலம், சுருங்குகிறது. குழந்தை பிறந்த ஒன்றிரண்டு நாட்களில், கருப்பை உச்சி தொப்பூழ் மட்டத்தில் காணப்படுகிறது. (சிறுநீர்பை காலியாக இருந்தால்) 3வது நாளில், தொப்பூழுக்குக் கிழே ஒன்றிரண்டு விரல் அகலத்தில் இருக்கிறது. 4வது நாளில், 2—3 விரல் அகலத்தில் தொப்பூழுக்குக் கீழே இருக்கிறது. 5வது நாளில், தொப்பூழுக்கும், பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்புக்கும் மத்தியில் காணப்படுகிறது. 6 வது நாளில் முந்திய மட்டத்தை விட, ஒரு விரல் அகலம் கீழே இருக்கிறது. 7 நாட்களில், பூப்பிணைப்புக்கு மேலாக 3விரல் அகலத்தில் உள்ளது; 8 நாட்களில் பூப்பிணைப்பிற்கு மேலாக 2 விரல் அகலத்தில் உள்ளது. 10—12வது நாட்களில் பூப்பிணைப்பின் மேல் விளிம்புக்குக் கீழே, கருப்பையின் உச்சி காணப்படுகிறது.

கருப்பையின் மீள் வளர்ச்சியை, ஒரு நாடா கொண்டு கருப்பை உச்சியின் மட்டத்தை அளவிடுதல் மூலம் தெரியலாம். (சுறு நீர்பை காலியாக இருக்க வேண்டும்) கருப்பையின் உயரம் குறையும் போது, அதன் அகலமும் எடையும் குறைகின்றன.

கருப்பைக் கழுத்தின் மீள் வளர்ச்சி, அதன் அப்பாலுள்ள பகுதிகளிலிருந்து துவங்குகிறது; உள்துளை முதலில் மூடுகிறது; அதன் பின்னர் வெளித்துளை மூடுகிறது; பிரசவித்த மூன்று நாட்களுக்குப் பின்னர், உட்துளை, ஒரு விரலை அனுமதிக்கிறது. 7—10 நாட்களில் மூடிவிடுகிறது. பிறப்புக்குப் பின்னர் 3வது வாரத்தில் வெளித்துளை மூடி விடுகிறது.

கருப்பை சுருங்கும் போது, எண்டோமெட்ரியமும் சீரடைகிறது. எண்டோமெட்ரியத்தின் அடித்தள அடுக்கு மற்றும் சுரப்பி எபிதீலியம் ஆகியவற்றின் வளர்ச்சியால், எண்டோமெட்ரியம் சீரடைகிறது. கருப்பையின் காயப் பரப்பு சீரடையும் போது, அதன் சிலேட்டுமமும் முன்னிலையை அடைகிறது. கருப்பையின் காயப்பரப்பு சீரடையும் போது, வெள்ளணு புடைப்பு (குறுமணி இழையம்) தோன்றுகிறது. இந்த வெள்ளணுப்புடைப்பு, இனப் பெருக்க உறுப்புக்களின் மற்ற பகுதிகளையும், கருப்பைச்சுவர்களையும் கிருமிப்பாதிப்பிலிருந்து பாதுகாக்கிறது.

10வது நாளில், கருப்பையின் உட்பரப்பில் (காயத்தில்) எபிதீலியங்கள் உருவாவது முழுமை பெறுகிறது. குழந்தை பிறந்த 20வது நாளில் எண்டோமெட்ரியம் முழுமையாக சீரடைகிறது.

மருப்பையின் மீள் வளர்ச்சி விகிதம் கீழ்க்கண்டவற்றைப் பொருத்துள்ளது:—பிரசவித்த பெண்ணின் பொது நலம், அவளது வயது, கடந்த கால பிரசவத்தின் தன்மை, முலைப்பாலூட்டல்இன்னபிற. கருப்பையின் உட்சுருள்வு, கீழ்க்கண்ட நிலைகளில் தடைபடுகிறது: —பலவீனமான நோயாளிகள், பலமகவு ஈன்ற பெண்கள், வயதடைந்த தலைச் சூலி, சிக்கலான பிரசவம் முதலியன. தாய், குழந்தைக்குப் பாலூட்டினால், கருப்பை துரிதமான நல்ல நிலையடைகிறது.

பிரசவத்தின் பின்னர் யோனியின்

விறைப்புத்தன்மை முந்திய நிலையடைகிறது; அதன் கொள்ளளவு குறைகிறது. வீக்கமும் குருதித் திரட்சியும் குறைகிறது; புறப்பிறப்புறுக்கள் மற்றும் யோனி, கழுத்து ஆகியவற்றின் கிழிசல்களும், புண்களும் ஆறுகின்றன.

கருப்பை பந்தகங்கள் படிப்படியாக குறுகலடைகின்றன. கருவக் குழல்களும், சூலகங்களும் முந்தைய நிலையை அடைகின்றன. வயிற்றுச் சுவரும் படிப்படியாகச் சுருங்குகிறது. கூபகத்தளத் தசைகளின் வழக்கமான விறைப்புத் தன்மை, திரும்பப் பெறப்படுகிறது. சில பெண்களில், வயிற்றுச்சுவரின் முந்தைய நெகிழ்வுத் தன்மை முழுமையாக, கிடைப்பதில்லை. கர்ப்பத்தின் தளும்புகள் (ஸ்ட்ரயா) வெண்மையடைகின்றது. வெள்ளைக் கோட்டின் நிறமாற்றம் மறைகிறது; அல்லது பெருமளவில் குறைகிறது.

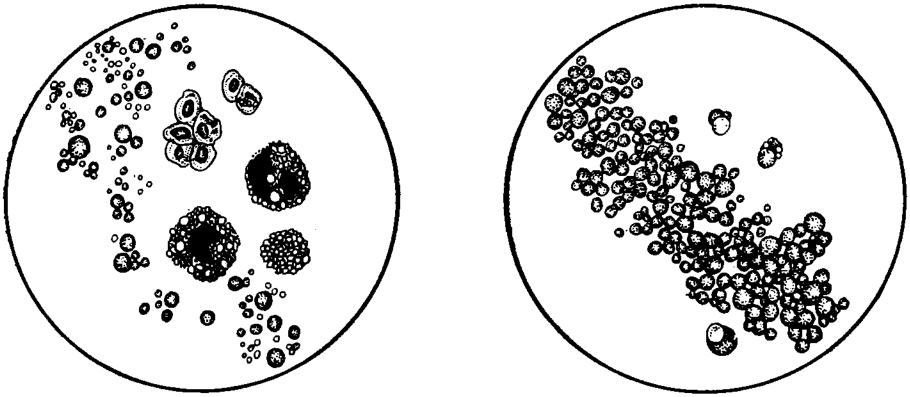
லோகியா: — எண்டோமெட்ரியம் சீரடைந்தவுடன், யோனியிலிருந்து வெளிப்படும், பிறப்புக்குப் பின்னான வெளிப்பாட்டை லோகியா என்கிறோம். (லோகியா, பிரசவத்தின் பின்போ, கருச்சிதைவின் பின்போ, கருப்பையிலிருந்து வெளிப்படும் திரவமாகும். இதில் இரத்தம், சீதம், வெள்ளணுக்கள், பைப்பின், சிதைந்த திசுக்கள் காணப்படுகின்றன. மொ—ர்) கருப்பையினுள் ஆறிக்கொண்டிருக்கும் புண்ணிலிருந்து, வெளிப்படுவது லோகியா எனப்படுகிறது. இது ஒரு காயச்சுரப்பாகும். லோகியாவில் இரத்த சீரம், டெசிடுவாவின் எஞ்சியவை, வெள்ளணுக்கள் ஆகியவை காணப்படுகின்றன. பிறப்பைடுத்த முதல் சில நாட்களுக்கு, லோகியாவில் மிகையாக இரத்தம் காணப்படுகிறது.

முதல் இரண்டு மூன்று நாட்களுக்கு, லோகியாவில் இரத்தம் காணப்படுகிறது. (லோகியா ரூப்ரா) பின்னர் லோகியா, மங்கலடைகிறது. மிகக்குறைந்த அளவில் இரத்தம் காணப்படுகிறது. (லோகியா சீரோஸா) 10வது நாளில் லோகியாவில் இரத்தம் காணப்படுவதில்லை. (லோகியா ஆல்பா) பிறப்பின் பின், யோனி வெளிப்பாட்டின் அளவு படிப்படியாகக் குறைகிறது. மூன்றாவது வாரத்தில் அது மிகவும் குறைந்து விடுகிறது. 5வது 6வது வாரங்களில் முழுமையாகக் குறைந்து விடுகிறது. கருப்பையின் உட்சுருள்வு படிப்படியாக இருந்தால், யோனி வெளிப்பாடு நீண்டகாலம் நீடிக்கிறது. இரத்தமும் காணப்படுகிறது. மடங்கியுள்ள கருப்பையின் உட்துளை மூடப்பட்டு இருந்தால், கருப்பைக் குழிவினுள், லோகியா தேக்கமடைகிறது. (லோகியா மெட்ரா)

மார்பகங்கள்:—கர்ப்பத்தின் போது மார்பாகங்களில் சில மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. பின்னர், பால்சுரப்புக்கு அளை தயார் நிலையில் உள்ளன. இந்த சுரப்பின் (கொலாஸ்டிரம்) ஒரு சொட்டு, கர்ப்பத்தின் போதே, முலைக்காம்பிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. கோலாஸ்டிரம் காரப்பிரதிவினை கொண்டது. அதில், புரதங்கள், கொழுப்புகள், எபிதீலிய செல்கள் (சுரப்பிக் குழிழ்களின், பால் நாளங்கதுன்) கொழுப்புத் துகள் கொண்ட வெள்ளணுக்கள் ஆகியவை காணப்படுகின்றன. (படம் 144 அ)

குழந்தை பிறந்த இரண்டு மூன்று நாட்களில் பால் தோன்றுகிறது. முலைகள் விம்மி, வலியுடன் இருக்கின்றன. பிரசவித்த பெண்ணுக்கு, முலைகளில் தோன்றும் வலி, அக்குளை நோக்கிச் செல்கிறது. அங்கு வலியுள்ள கணுக்களைத் தொட்டுப் பார்க்க முடியும்.

சிக்கலான அனிச்சைகள் மூலமும்,



அ ஆ

படம் 144. உருப்பெருக்கித் தோற்றம்.
பாலும் கொலாஸ் டிரமும்.
அ) கொலாஸ்டிரம், கொழுப்புத் துகள்களும் கொலாஸ்டிரம் அணுக்களும் காணப்படுகின்றன.
ஆ) பால் கொழுப்புத் துகள் மட்டுமே காணப்படுகின்றன.

ஹார்மோன்களின் விளைவுகள் மூலமும், பால் சுரக்கிறது. நரம்பு மண்டலமும், பிட்யூட்டரி சுரப்பியின் பால் சுரப்பு ஹார்மோனும், பால் சுரப்பைக் கட்டுப்படுத்துகிறது.

மார்பகச் சுரப்பியின் சுரப்புப் பொருட்கள், ஒரு வேளை, கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மையை துரிதப்படுத்தி, பிரசவ பின் கட்டத்தில் அதன் உட்சுருள்வை ஊக்குவிக்கலாம். குழந்தை பால் குடிக்கும் போதுநரம்பிழைகளின் தூண்டலால், கருப்பையும் சுருங்குகிறது. கருப்பையின் அனிச்சை சுருக்கங்கள், பாலூட்டும் தாய்மார்களால் உணர்வு பூர்வ சுருக்கங்களாக உணரப்படுகிறது.

முலைப்பால் ஒரு வெண்மையான திரவமாகும் (எமல்ஷன்) இதன் சீரத்தில் மிகச்சிறிய கொழுப்புத் துகள்கள் காணப்படுகின்றன. (படம் 144 ஆ) பால், காரநிலையில் உள்ளது, அதைக் கொதிக்க வைத்தால், உறைவதில்லை. அதன் அமைப்பு வருமாறு:—87—88 தண்ணீர்; 1.5—2% புரதங்கள் (கேசீன் அல்புமின்), 3.5—4% கொழுப்புகள், 6.6—7.5% சர்க்கரை. 0.18—0.2% உப்புக்கள்.

பொது உடல் நிலையும், உள்ளுறுப்புக்களும். பிரசவபின் நிலை முறையாக இருந்தால், நோயாளியின் பொது உடல் நிலையும் நன்றாக இருக்கிறது. பிரசவபின் காலத்தின் முதல் சில நாட்களில், பெண்ணுக்கு, சிலபோது, புறப்பிறப்புறுப்புக்களிலும், விடபத்திலும் வலி தோன்றுகிறது. சில நேரங்களில், குறிப்பாக பாலூட்டும் போது, கருப்பையின் வலியுடன் கூடிய சுருக்கங்கள், பெண்ணுக்கு உண்டாகின்றன. அவளது மூச்சு ஒரே சீராகவும், ஆழமாகவும் இருக்கிறது. நிமிடத்திற்கு 14—16 தடவைகள் மூச்சுவிடுகிறாள். நாடித்துடனும், நிமிடத்திற்கு 70—75 தடவைகள் துடிக்கின்றது. சிலபோது நாடித் துடிப்பு குறைகிறது. (உடல் இயங்கி

யல் சார்ந்த மெதுவான இதயத்துடிப்பு) தமனி அழுத்தம் சகஜநிலையிலேயே இருக்கிறது. பிரசவ பின் காலத்தின் முதல் சில நாட்களில், குறைந்து காணப் படுகிறது. உடலியங்கியல் சார்ந்த பிர சவபின் காலத்தில் உடல் வெப்பம் சகஜ நிலையில் இருக்கிறது. பிரசவ பின் கால கட்டத்தின் போக்கு நாடித் துடிப் பையும், உடல் வெப்பத்தையும் பொறுத் துள்ளது. மிகையான நாடித்துடிப்பும் (90க்கும் மேலாக), 37° செ.க்கு அதிக ரித்த உடல் வெப்பமும், சிக்கல்களை குறிப்பாக பேறுகால காய்ச்சலைச் சுட் டிக் காட்டுகிறது.

பிரசவித்த பெண்களுக்கு-அதிகமான பானங்கள் அருந்தினால்—மிகையாக வியர்வை சுரப்பு உண்டாகிறது.

பிரசவபின்காலக் கட்டத்தின் முதல் சில வாரங்களில், பெண்ணின் வளர் சிதை மாற்றம் துரிதமடைந்து, பின்னர் சகஜ நிலையை அடைகிறது. முதல் சில நாட்களில் உடல் எடை குறைகிறது. பின்னர், கொழுப்புக்கள் படிவதால் எடை அதிகரிக்கிறது.

சிறுநீர் பிரிவு. பிரசவ பின்காலத்தில், சிறுநீரகப்பணிகள் சகஜமாக உள்ளன. ஆனால் சிறுநீர்பையின் கோளாறான பணிகளால், சிறுநீர் பிரிவுசிரகமமாக இருக்கிறது. சிறுநீர்பை நிறைந்திருந்த போது கூட, ஒண்ணுக்குப் போக வேண் டும் என்ற உணர்வு பெண்ணுக்கு இருப் பதில்லை. சில போது ஒண்ணுக்குப் போகும் போது வலி உண்டாகிறது. பெண்ணுக்கு சிறுநீர் கழிக்க இச்சை இருந்த போதிலும், அவளது சகஜ மான பணிகள் பாதிக்கப்படுகின்றன. இந்த சிறுநீரகக் கோளாறு, சிறுநீர் பையின் மந்த நிலையைப் பொறுத்து இருக்கலாம் அல்லது சிசுவின் தலையால் அழுக்கப்பட்ட சிறுநீர்பையின் சிலேட் டுமத்தின் வீக்கத்தாலும் ஏற்படலாம். புறப்பிறப்புறுப்புக்கள் மற்றும் விடபம் ஆகியவற்றின் புண்ணான பரப்புக்கள் மூத்திரத்தால் உறுத்தப்படுவதால், வலியுடன் கூடிய சிறுநீர் பிரிவு ஏற்படு கிறது.

சில பெண்களில் மூத்திரத் தேக்கம், மல்லார்ந்து பகுத்துக் கொண்டு, ஒண் ணுக்கு இருக்க முடியாமையாலும் இருக் கலாம்.

குடல் பணிகள்:—பிரசவப்பின் காலத் தில், மலச்சிக்கல் தான், அடிக்கடி நிக ழும் ஒரு சிக்கலாகும். இது, குடலின் மந்த நிலையைப் பெறுத்து இருக்கிறது அழுக்கு தசைகளின் தளர்வும், படுக் கையில் மல்லார்ந்து இருப்பதுவும், குட லின் மந்த நிலைக்குக் காரணமாக இருக் கிறது.

பிரசவித்த பெண்களில் மூல நோய் கள் உண்டானாலும் அதனால் தீங்கு எதுவும் உண்டாவதில்லை. அடைக்கப் பட்டு கடினமடையும் போது, மூலங் கள் பெரிதாகின்றன. மலக்கழிப்பின் போது வலியுடன் இருக்கின்றன.

பிரசவ பின் காலப்பராமரிப்பு

பிரசவபின் காலம் சகஜமாக இருந் தால், பெண் நல்ல உடல் நலத்துடன் இருப்பதாகக் கொள்ளலாம். அவளது இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் உட்சு ருள்வு, காயப்பரப்புகள் சீரடைதல், உடலின் பணிகள் சகஜமடைதல் ஆகி யவை ஊக்குவிக்கப்பட, அவளுக்குகி சிறப்பு பராமரிப்பு அளிக்கப்பட வேண் டும்.

தொற்றற்ற, தொற்று எதிர் நியதிக ளைக் கடைப்பிடிப்பதே, பிரசவித்த பெண்ணின் உரிய பராமரிப்புக்கு, மிகவும் முக்கியமானதாகும். கருப்பையின் காயப் பரப்பு, சிறிய பிளவுகள், மெல்லிய திசுக்களின் ஊறுகள் ஆகியவற்றின்

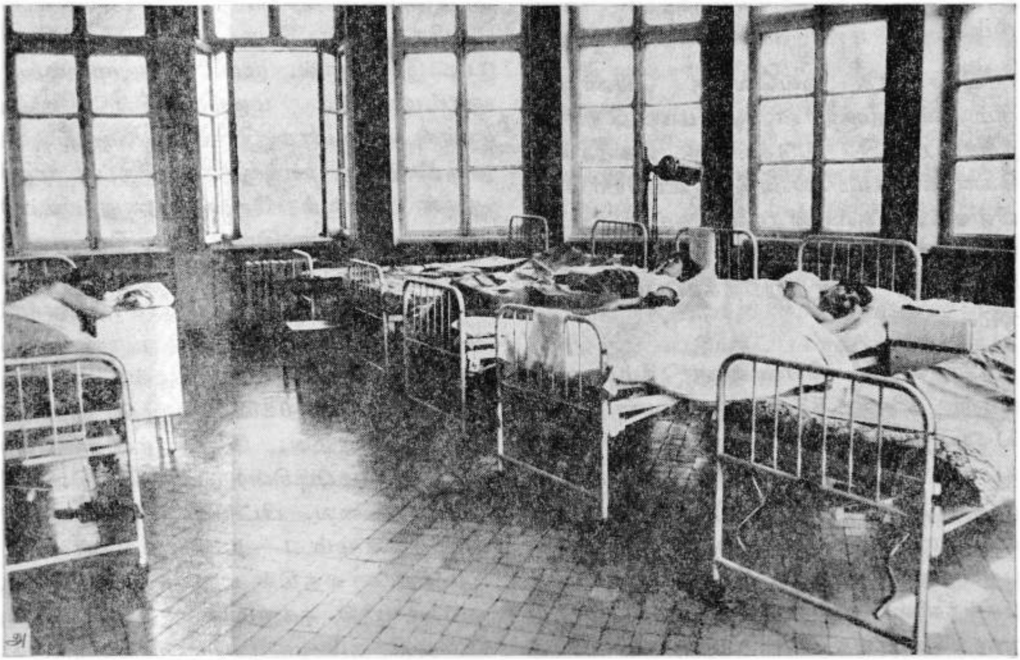
மூலம் கிருமித் தொற்று உட்செல்லாம். பிறப்புப்பாதை கிருமி பாதிப்பால் தாக்கப்பட்டால், பேறுகால கீழ் தொற்று நோய் உண்டாக வாய்ப்புக் கள் உண்டு. முலைக்காம்புகளின் வெடிப்புகள் மூலம் கிருமிகள் உட்புகு வதும் மிகவும் ஆபத்தான ஒன்றாகும். பிரசவபின் காலத்தின் சிக்கல்களில் மார்பக அழற்சியும் ஒன்றாகும்..

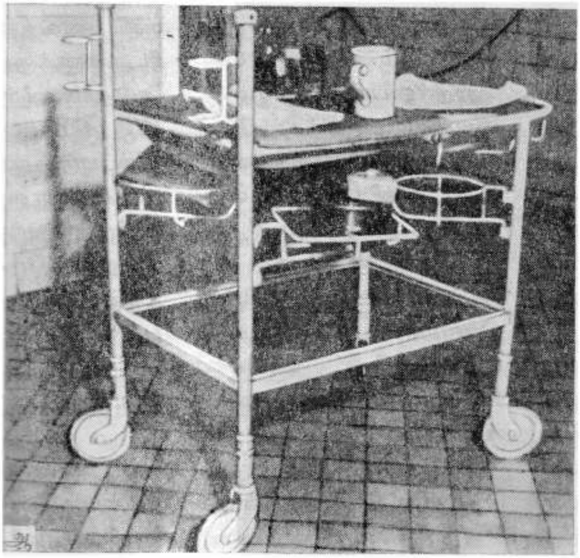
உடல் நல மீட்பு அறை, அதன் தட்டுமுட்டுச்சாமான்கள், லினன், ஆகிய வற்றின் சுத்தம், பிரசவபின் காலத்தில் மிகவும் முக்கியமானதாகும். பிரசவித்த பெண் பயன்படுத்தக் கூடிய எல்லாப் பொருட்களும், கருவிகளும், அவளது பிறப்புறுப்புக்கள், மார்பகங்கள் ஆகியவற்றுடன் சம்பந்தப்பட்ட பொருட்கள் அனைத்தும் தொற்றுநீக்கப்பட்டு இருக்க வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணைப் பராமரிக்கும் ஊழியர்கள் அனைவரும், பெண்ணுக்கு தேவையான உதவி அளிக்கும் முன்னர், கட்டாயமாக தங்கள் கைகளை நன்கு கழுவி தொற்று நீக்கி, முகமூடிகள் அணிந்து கொள்ள வேண்டும். சுயசுகாதாரத் தேவைகள் அனைத்தையும் அவர்கள் பின்பற்ற வேண்டும்.

பிரசவபின் காலத்தின் சமுகமான போக்கு, பிரசவித்த பெண்ணின் ஓய்வு நிலைகளைப் பொறுத்தது. சகஜமாகத் தூங்க, அவளுக்குத் தேவையான உதவிகள் செய்ய வேண்டும். அசம்பாவித சம்பவங்கள் மன உறுத்தல்கள் எதுவும் நிகழாதவாறு பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். போதிய போஷாக்கும் மிகவும் முக்கியமாகும். சிறுநீரக, குடல் பணிகளின் கட்டுப்பாடும், இயக்கங்களை செயல் முறைப்படுத்துவதும் பெண்ணின் சகஜமாக சீரடைவதற்கு அவசியமாகும்.

உடல் நல மீட்பு அறை: —குழந்தைப் பிறப்பின் பின்னர் பெண் தங்கப்போகும் கூடம் விசாலமாகவும், வசதியாகவும் இருக்க வேண்டும். (படம் 145 அ) ஒவ்வொரு பெண்ணுக்கும் குறைந்த பட்சம் 7.5 சதுர மீட்டர் தளப்பரப்பு இருக்க வேண்டும். தினமும் இரண்டு தடவை அறை சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். காற்றோட்ட வசதி இருக்க வேண்டும். 7—10 நாட்களுக்குப் பிறகு, நோயாளி மருத்துவமனையை விட்டுப் போன பின், அறை (சுவர்கள், தரை, தட்டுமுட்டுச் சாமான்கள் நன்கு கழுவப்பட்டு தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும்) நன்கு சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். படுக்கையும் எண்ணைத்துணிகளும் நன்கு சுத்தம் செய்யப்பட்டு தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும். மெத்தைகள், தலையணைகள், கம்பளிகள், வெயிலில் காயவைக்கப்பட்டு, காற்றோட்டமான இடத்தில் பரப்பப்பட வேண்டும். பேறு காலக் காய்ச்சல் கொண்ட நோயாளிகள், மருத்துவ மனையை விட்டுச் சென்றவுடன் எல்லா லினனும், படுக்கையறை சாமான்களும் தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவ அறையிலிருந்து, உடல் நல மீட்பு அறைக்கு கூட்டிச் செல்லப்பட்டு, சுத்தமான படுக்கையில் அமருகிறாள். படுக்கை கீழ்க்கண்டவாறு ஆக்கப்படுகிறது:—மெத்தை, லினன் தொண்டு மூடப்படுகிறது. படுக்கையின் மத்தி 1/3 ஐ மூடும்படி, ஒரு எண்ணைத் துணி விரிக்கப்படுகிறது. மற்றுமொரு லினன் (1 × 1 மீ), எண்ணைத் துணியின் மேல், விரிக்கப்படுகிறது. (இது, தினமும் இரண்டு தடவை மாற்றப்பட வேண்டும்) மற்ற படுக்கைப் பொருட்களும், உள்ளாடைகளும், தேவைப்படும் போது மாற்றப்பட வேண்டும். பயன்படுத்தப்பட்ட லினன், நன்கு





படம் 145.
அ) பிரசவ பின் கூடம்
ஆ) சக்கர உருளை கொண்ட
பிரசவபின் டிராலி.

கொதிக்க வைக்கப்பட்டு, சூடான இஸ்திரிப் பெட்டியால் தேய்க்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவித்த ஒவ்வொரு பெண்ணுக்கும் தனித்தனியான, சுத்தமான தொற்று நீக்கப்பட்ட படுக்கை மலக்கலம், கொடுக்கப்பட வேண்டும். உபயோகித்த பின்னர், தண்ணீரால் கழுவப்பட்டு, குளோரமைன் அல்லது லைசோபார்ம் கொண்டு, தொற்று நீக்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவித்த பெண்ணை கீழ்க்கண்டவாறு நன்கு கவனிக்க வேண்டும்:— 1) அவளது அகவய நிலைகள் சரிபார்க்கப்பட வேண்டும். (பசி, மனப்பாங்கு, தூக்கம்) 2) தினமும் இரண்டு தடவைகள் நாடித்துடிப்பையும், உடல் வெப்பத்தையும் கணக்கிட வேண்டும் 3) மார்பகங்களின் விம்முதலைச் சரிபார்த்து முலைக்காம்புகளில் பிளவுகள், வலி இருக்கிறதா எனவும் பார்க்க வேண்டும். 4) கருப்பையின் நிலையும், அதன் உச்சியின் மட்டமும் அளவிடப்படுகிறது. தொட்டால் வலி இருக்கிறதா இல்லையா என்பதையும் சரி பார்க்க வேண்டும். 5) புறபிறப்புறுக்கள் பரிசோதிக்கப்பட்டு, லோகியாவின் தன்மையும் அளவும் நிர்ணயிக்கப்பட வேண்டும் 6) சிறுநீரகம் மற்றும் குடலின் பணியும் பார்க்கப்படுகிறது. மேற்க்கண்ட விபரங்கள் அனைத்தையும் பதிவேட்டில் குறித்துக் கொள்ள வேண்டும்.

வலியுள்ள, பிரசவப்பின் சுருக்கங்கள் பெண்ணால் உணரப்பட்டால், கீழ்க்கண்ட மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன:— பிரமிடோன், அசிடைல்சலிசிலிக் அமிலம், ஆண்டிபைரின், ஃபினாசிடின் (0.3—0.5 கிராம்) வலிமிகவும் அதிகமாக இருந்தால், துயிலூட்டும் உள்வைப்புக் குளிகைகள் தரப்படுகின்றன. (பேண்டோபான், பெல்லடோனாசாறு முதலியன)

பிரசவபின் போக்கு உடலியங்கியல்படி இருந்தால், முறையாக முலைக்காலூட்டினால், மருப்பையின் உட்சுருள்வு சகஜமாக இருக்கும். கருப்பைச் சுருக்கத்தை ஊக்குவிக்க சிறப்பு மருந்துகள் எதுவும் தேவையிராது. உட்சுருள்வுமந்தமாக இருந்தால், கீழ்க்கண்ட மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்படுமின்றன:— பிரெக்னெண்டால் 0.02கி. தினமும் 2—3 தடவைகள்; எர்கோடால் 0.001 தினமும் 2—3 தடவைகள்; எர்கோமெட்ரின் 0.0002கி தினமும் இரண்டு மூன்று தடவை; கோடார்னின்குளோரைடு (ஸ்டிப்டிசின்) 0.05கி. தினமும் 2—3 தடவை. பிட்யூடரின் ஊசிகள் 1 மி.லி தினமும் 1—2 தடவைகள்.

உரிய காலத்தில் மலஜலம் கழிப்பது, கருப்பையின் சகஜமான உட்சுருள்வை, ஊக்குவிக்கும்.

ஒண்ணுக்குப் போவதில் சிரமமிருந்தால், பெண்ணின் கூபக அடியில் வெப்பமான படுக்கைக் கலனை வைக்க வேண்டும். 15—20 நிமிடங்களுக்கு, சிறுநீர்பையின் மேல், சுடுதண்ணீர் பையை வைக்க வேண்டும். பெண், ஒண்ணுக்குப் போவதைத் துரிதப்படுத்த, ஒரு அனிச்சை முறையைக் கையாளலாம்:— தண்ணீர் குழாயிலிருந்தோ, பாட்டியிலிருந்தோ தண்ணீரை கீழே ஊற்றவேண்டும். பிட்யூட்டரின் (1மி. தினமும் 1—2 தடவைகள்), மக்னீஷியம் சல்பேட் ஊசிகள் (5—6 மி.லி 25% கரையம் தசை ஊசியாக) பலனளிக்கின்றன.

(கொதிக்க வைத்து உட்குழலை தொற்று நீக்குதல், கைகளைக் கழுவுதல் சிறுநீர் தாரையைச் சுற்றி கிருமி நாசினி திரவம் கொண்டு கழுவுதல்) இந்த முறைகள் பலனளிக்காவிடில், தொற்ற

தொற்றெதிர் நியதிகளைக் கவனத்தில் கொண்டு, உட்குழல் மூலம் சிறுநீரை அகற்ற வேண்டும். உட்கழல் மூலம் சிறுநீரை அகற்றியபின், ஹெக்சா மெதிலீன் டெட்ராமைன் (தினமும் 0.5 கிராம் மூன்று தடவை) அல்லது பொதுவான முல்லீன் கஷாயம் (டிஸ், போலியோரம் உவே உர்சி 10.0:200.0 ஒரு மேசைக்கரண்டி, தினமும் 4—5 தடவைகள்) ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

குழந்தை பிறந்து மூன்று நாட்களாக மலம் கழியாவிடில், ஒரு சுத்திகரிப்பு அல்லது மலமிளக்கி இனிமா (சோடியம் சல்பேட் அல்லது மக்னீஷியம் சல்பேட் 10—20 கிராம்) கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

பெரிய, வலியுடன் கூடிய மூலக்கட்டிகள் தோன்றினால், விடபப் பகுதியில் பனிக்கட்டிப்பையை வைக்கலாம். (பை, சுத்தமான ஒரு கைக்குட்டையால் மூடப்பட்டிருக்க வேண்டும்) பெல்லோடானா அல்லது பேண்டோபான் கொண்ட உள்வைப்புக் குளிகைகளை பயன்படுத்தலாம். இதிலும் பயன்கிட்டாவிடில், வாசலைன் தடவிய உறையுடன் விரலால் மூலக்கட்டிகளை இடம் பெயரச் செய்யலாம்.

பிரசவபின் காலம் சகஜமாக இருந்து விடபம் கிழிபடாமல் இருந்தால், 2வது நாளில் பிரசவித்த பெண்ணை உட்கார வைத்து, மூன்றாவது நாளில் நடக்க அனுமதிக்கலாம். விடபம் கிழிபட்டிருந்தால், பெண் படுக்கையிலிருந்து கொண்டே ஒரு புறமாகச் சாய்ந்து படுக்கலாம். தையல்கள் பிரிக்கப்பட்ட பின்னர் தான் (6 வது நாளில்) அவள், நடக்க அனுமதிக்கப்படுகிறாள். முதல் கட்டத்திலேயே சீரடைகிறது.

மகப்பேறு நிறுவனங்கள் பலவற்றில், பிரசவித்த 2வது நாளிலேயே எழுந்து உட்கார வேண்டும், என பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

உணவூட்டம். முறையாக பிரசவித்த பெண்ணுக்கு சிறப்பு உணவு எதுவும் தேவை இலை. நிறைந்த கலோரிகள் கொண்டதும், எளிதில் கிரகிக்கப்படக் கூடியதுமான உணவுகள் ரொட்டி, கிரீம், பணியாரம், செமோலினா, இனிப்புத் தேயிலை, காபிபிரசவபின் காலத்திலேயே கொடுக்கலாம். மூன்றாவது நாளிலிருந்து, வழக்கமான உணவு தரப்படுகிறது. புதிய பெர்ரிகள், பழங்கள், காய்கறிகள், வைட்டமின்கள் நிறைந்த, உணவுப்பொருட்கள் கொடுக்கப்படலாம். வைட்டமின் ''சி'', ''பி'', ''டி'', ''ஏ'' சிபாரிசு செய்யப்படுகின்றன. குளிர் காலங்களில் (புதிய பழங்களும் காய்கறிகளும் கிடைக்காத பகுதிகளில்) தயாரிக்கப்பட்ட பண்டங்களைக் கொடுக்கப்படலாம். பிரசவித்த பெண்ணுக்கு கீழ்க்கண்டவற்றைக் கொடுக்கக் கூடாது:—காரமான, புட்டியிலடைக்கப்பட்ட உணவு, புகைக்கப்பட்ட காரப்பண்டங்கள், கொழுப்பான புலால், பட்டாணிகள், மதுபானங்கள்.

மகப்பேறு மருத்துவமனைகளில் சமைக்கப்பட்ட உணவுகளின் தரத்தையும், உறவினர்களால் கொண்டு வரப்படும் உணவின் தன்மையையும், மருத்துவ ஊழியர்கள் பரிசோதிக்க வேண்டும். பிரசவித்த பெண், மீதூண்பதைத் தவிர்க்க வேண்டும்.

பிரசவபின் பராமரிப்பு. பெண்ணின் உடல் சீராக இயங்கவும், நோய் நொடிகளிலிருந்து காப்பற்றவும், ஆவன செய்ய வேண்டும். அப்பழுக்கற்ற சுத்தம் தான் மிகவும் முக்கியமானதாகும். பிரசவித்த பெண் கட்டாயமாக பற்களை சுத்தம் செய்து, தினமும் இரண்டு தடவை சுடு தண்ணீர், சோப் கொண்டு முகத்தைக் கழுவ வேண்டும், தலை

யைச் சீவி கைக்குட்டையால் போர்த்த வேண்டும்; உள்ளாடையையும் மாற்ற வேண்டும். தாய் பால் கொடுக்கும் முன்னரும், உணவுக்கு முந்தியும், அவள் தனது கைகளை நன்கு கழுவ வேண்டும்.

புறப்பிறப்புறுப்புக்களை நன்கு சுத்தமாக வைத்திருக்க வேண்டும். யோனிலிருந்து வெளிப்படும் லோகியா, புறப்பிறப்புறுப்புக்களையும், விடபத்தையும் அசுத்தப்படுத்துகிறது. இதனால் பாக்டீரியாக்கள் அங்கு வளர்ச்சியடைகின்றன. ஆகவே, தொற்றற்ற, தொற்று எதிர் நியதிகளை கவனத்தில் கொண்டு, தினமும் இரண்டு தடவைகளாவது பெண்ணின் புறபிறப்புறுப்புக்களைச் சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

பிறப்புறுப்புக்களை கீழ்க்கண்ட முறையில் கழுவ வேண்டும்.—இடுக்கியை முதலில் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். (பிரசவித்த ஒவ்வொரு பெண்ணுக்கும் தனித்தனியான கருவிகள், போதிய அளவில் இருக்க வேண்டும்) அடுத்து, வெப்பமான, பலவீனமான கிருமி நாசினிக் கரையம் தயார் செய்ய வேண்டும். 1:4000—1:6000 பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம் அல்லது 0.25—0.15% லைசால் கரையம்).

தொற்று நீக்கப்பட்ட கருவிகள், பஞ்சு, அல்கஹால், அயோடின் டிங்க்ச்சர் ஆகியவை சக்கரம் கொண்ட மேசை மேல் வைக்கப்பட வேண்டும். (படம் 145 ஆ) மகப்பேறு டாக்டர் தனது கைகளைக் கழுவி, முகமூடியும், கையுறையும் அணிந்து, பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களை சுத்தம் செய்கிறார். செவிலியர் சக்கர மேசையை, ஒரு நோயாளியிடமிருந்து மற்ற நோயாளிக்கு தள்ளிச் செல்கிறார். படுக்கைக் கலங்களை அகற்றி, ஒரு ஜாடியிலிருந்தோ அல்லது எஸ்மார்க்கின் உட்பாய்ச்சல் கொண்டோ, கிருமிநாசினி திரவத்தை பிறப்புறுப்பின் மேல் ஊற்றுகிறார். கழுவுவதற்கு பஞ்சு உருளையைப் பயன்படுத்த வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணின் இடுப்புக்கு அடியே படுக்கைக்கலத்தை வைக்க வேண்டும். பெண், தனது கால்களை விரிக்கும்படி பணிக்கப்படுகிறாள். ஒரு பாத்திரத்திலிருந்து, கிருமிநாசினிக் கரையம் ஊற்றப்பட்டு, பிறப்புறுப்புக்கள் நன்கு கழுவப்படுகின்றன. (முதலில் பிறப்புறுப்புக்கள், அதன் பின்விடபம், இறுதியாக தொடைகளும், குதமும் கழுவப்படுகின்றன) பஞ்சு அல்லது வலைத்துணி கொண்டு, கழுவப்பட்ட பகுதிகள் உலர்த்தப்படுகின்றன. கழுவிய பின்னர் மேலேயுள்ள படுக்கை விரிப்பு, மாற்றப்படுகிறது.

மலங்கழித்த பின்னரும் இது போன்றே, பிறப்புறுப்புக்களைக் கழுவ வேண்டும்.

விடம் கிழிபட்டிருந்தால், பிறப்புறுப்புக்களை மிகவும் கவனத்துடன், தையல்களைத் தொடாமல் உலர்ந்த நிலையில் வைத்து, கழுவ வேண்டும். தையல்கள் மீது சுத்தமான திண்டுகளை வைத்து, தினமும் 4—5 தடவைகள் மாற்ற வேண்டும். பிரசவித்து 6 நாட்களுக்குப் பிறகு தையல்களை பிரித்து விடலாம்.

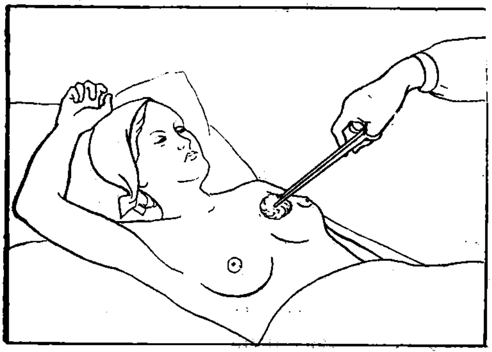
பிரசவபின் காலத்தில் யோனி உட்பாய்ச்சல் கழுவு முறை, தவிர்க்கப்படுகிறது.

காய்ச்சல், நீர்கோப்பு, சீழ்சரும அழற்சி, மற்றும் பல நோய்களின் அறிகுறிகள் கொண்ட பிரசவித்த பெண்ணை, மற்றவர்களிடமிருந்து தனியாகப் பிரிந்து இரண்டாவது பகுதிக்கு அனுப்ப வேண்டும் அல்லது மருத்துவமனை சிறியதாக இருந்தால், சிறப்புக் கூடத்திற்கு அனுப்பி வைக்க வேண்

டும். சுகாதாரமாக பிரசவித்த பெண்களுக்கு போதிய பாதுகாப்பு கொடுத்த பின்னர் தான், மேற்கூறிய பெண்களுக்கு சுகாதார சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

மற்ற, பிரசவித்த பெண்களுக்கும், கைமகவுகளுக்கும் நோய் தொற்றுவதைத் தவிர்க்க, உரிய காலத்தில் தொற்றும் நோய் கொண்ட பிரசவித்த பெண்களைத் தனிமைப்படுத்துவது மிகவும் முக்கியமாகும்.

பிரசவித்த பெண்ணின் மார்பகங்களுக்கு சிறப்பு கவனம் அளிக்க வேண்டும். அவை சுத்தமாக இருக்க வேண்டும். (பாலூட்டிய பின்னர்) காலையிலும், மாலையிலும் 0.5% அம்மோனியா கரையம் அல்லது சுடு தண்ணீர், சோப் கொண்டு சுத்தம் செய்ய, பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. முதலில் முலைக்காம்பைக் கழுவ வேண்டும். பின்னர் முலையின் மற்றபகுதிகளைக் கழுவ வேண்டும். மார்பகங்களை உலர்ந்த சுத்தமான பஞ்சு அல்லது வலைத்துணி கழுவ வேண்டும். (படம் 146) முலைகள் மிகையாக விம்முவதைத் தவிர்க்க, சரியாகப் பொருந்தக் கூடிய ரவிக்கையை அணிய வேண்டும். அதிகமாக விம்முதலைத் தவிர்க்க, சாப்பிடும் திரவங்களைக் குறைக்க வேண்டும்; அல்



படம் 146. மார்பகங்களைச் சுத்தம் செய்தல்

லது பேதி மருந்து (20—30 கி. மக்னீஷியம் சல்பேட்) கொடுக்கப்படலாம். பாலூட்டும் போது பால் முழுவதும் காலியாகாவிடில், எஞ்சியுள்ள பாலை, முலைகளிலிருந்து கைகொண்டோ அல்லது பம்பு கொண்டோ அகற்றவிட வேண்டும்.

பிரசவபின் காலத்துவக்கத்தில் உடற்பயிற்சிகள்.

உடலின் பொதுவான நலத்தை அதிகரிக்க, இரத்த சுழற்சி மற்றும் மூச்சுவிடல், வளர்சிதை மாற்றம் ஆகியவற்றை ஊக்குவிக்க, சிறுநீர்பை, குடல் ஆகியவற்றின் பணிகளைச் செம்மைப்படுத்த, சுகாதாரமான பிரசவித்த பெண்களுக்கு, சிறப்பு உடற்பயிற்சிகள் தரப்படுகின்றன. இவற்றை, இரண்டாவது நாளிலேயே துவக்கிவிட வேண்டும். இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் உட்சுருள்வை துரிதப்படுத்த, கூபகத்தளத்தின் தசைகளைப் பலப்படுத்த உடற்பயிற்சிகள் உதவுகின்றன. விடபம் கிழிபட்டிருந்தால், மூச்சுப்பயிற்சிகள் மட்டுமே கொடுக்கப்படுகின்றன.

ஒரு டாக்ரோ அல்லது மகப்பேறு நிபுணரோ, உடற்பயிற்சிகளை பரிந்துரைக்கிறார். பிரசவித்த பெண்கள், இந்த உடற்பயிற்சிகளை, ஒரு நர்சு அல்லது டாக்டரின் மேற்பார்வையில், கையாளுகின்றனர். உடற்பயிற்சியைத் துவங்கும் முன்னர், அது எவ்விதம் செய்யப்பட வேண்டும் என மகப்பேறு டாக்டர் விளக்குகிறார். ஒவ்வொரு உடற்பயிற்சியும், மூச்சுவிடலுடன் இணைந்திருக்க வேண்டும் என்பது மிகவும் அவசியமாகும். உடற்பயிற்சிகளின் போது பெண்ணின் உடல் நிலையை கவனமாக மேற்பார்க்க வேண்டும்; அவளது நாடித்துடிப்பும், மூச்சுவிகிதமும்

கட்டுப்படுத்தப்பட வேண்டும். துரித மடைந்த நாடித்துடிப்பு நீடித்தால், சிரம மூச்சு தோன்றினால், உடற்பயிற்சியை நிறுத்தி விட வேண்டும். பிரசவித்த பெண் களைப்படைந்து விட்டால், உடற்பயிற்சிகளின் எண்ணிக்கையைக் குறைத்துவிட வேண்டும். அதற்குப்பதிலாக, எளிய பயிற்சிகள் கற்றுத் தரப்பட வேண்டும். உடல் வெப்பம் அதிகரித்தால், உடற்பயிற்சிகளை நிறுத்திவிட வேண்டும்.

வழக்காமக மருத்துவப் பரிசோதனைகளுக்கு முன்பு, காலையில் உடற்பயிற்சிகள் செய்யப்பட வேண்டும். காலை உணவிற்கு 30 நிமிடங்களுக்குப் பிறகும் கூட செய்யலாம். உடற்பயிற்சி செய்யப்படும் அறையில் நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க வேண்டும், வெப்பமான நாட்களில், சாளரங்களைத் திறந்து வைத்து உடற்பயிற்சி செய்ய வேண்டும்.

படுக்கையிலேயே உடற்பயிற்சிகளைச் செய்ய வேண்டும். பிரசவித்த பெண், தனது தவிர மற்ற உடைகளைக் களைந்து விட வேண்டும். பிறப்புறுப்புக்களும் கூபகமும், சிறிய விரிப்பால் மூடப்பட வேண்டும். (அரைக் கால் சட்டை போன்று) மூக்கு தசைகள், பெருமளவில் தளர்ந்திருந்தால், உடற்பயிற்சிக்கு முன்னர், வயிற்றைச் சுற்றி கட்டுப்போட வேண்டும். தனது படுக்கையை விட்டு வெளியே செல்ல அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தால், உடற்பயிற்சிக்குப் பின்னர், வெப்பமான ஒரு பொஞ்சுக் குளியல் எடுத்துக் கொண்டு பின்னர் ஒரு துண்டு கொண்டு நன்கு உலர்த்தி விட வேண்டும்.

உடற்பயிற்சிகள் (படம் 147). [இந்த உடபயிற்சிகள் அனைத்துமே, ஏ.வி. பார்டெல்ஸ், என். ஈ. கிரானட் ஆகியோரால் பரிந்துரைக்கப்பட்டது. (மகப்பேறு நோய் மற்றும் மகளிர் நோய் நிறுவனம். சோவியத் ரஷ்யா)]

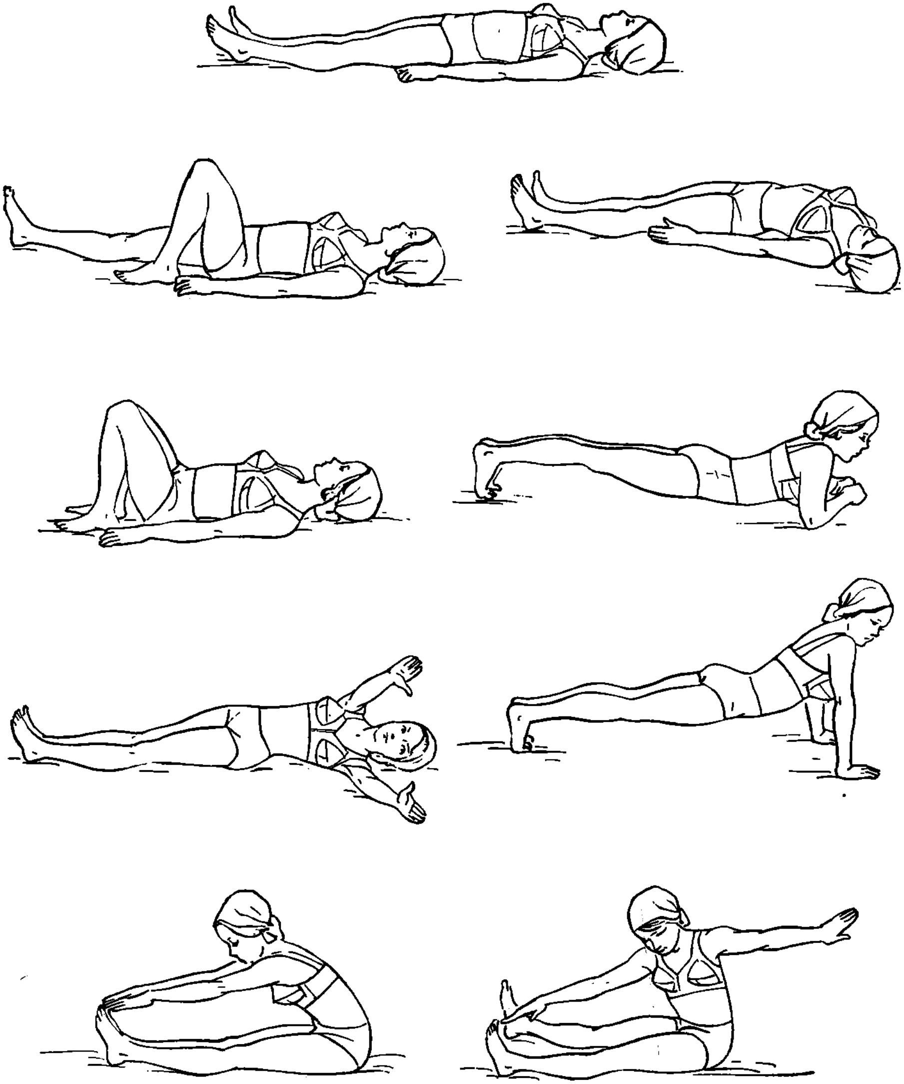
முதல் வகை உடற்பயிற்சிகள்: (பிரசவித்த 2வது நாளிலிருந்து) உடற்பயிற்சி 1. துவக்க நிலை—மல்லார்ந்த நிலை (துவக்க மல்லார்ந்த நிலை, கைகளை பக்கத்தில் வைத்துக் கொண்டு உள்ளங்கைகள் கீழ் நோக்கி மல்லார்ந்த நிலை, கால் நீட்டப்பட்டுள்ளன. குளியங்கால்கள் சேர்ந்துள்ளன. தலை நீட்டப்பட்டுள்ளது)

செய்முறை: — (குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எண்ணிக்கை, எத்தனை தடவை செய்யப்பட வேண்டும் என்பதைக் குறிக்கிறது) 1—2 மேற்கைகளை மெதுவாக உயர்த்தவும். ஒரு பக்கமாக நகர்த்தவும் (உள் மூச்சு), 3—4 துவக்க நிலைக்கு வரவும் (வெளிமூச்சு).

உடற்பயிற்சி 2: துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை:—மேற்கைகளை தோள் மட்டத்திற்கு நகர்த்தவும்.அதே போது விரல்களை விரிக்கவும். (உள் மூச்சு) 2—விரல்களை முஷ்டியாக மடக்கவும். மேற்கைகளை, மார்பின் மேல் கொண்டு வரவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 3. துவக்கநிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை:** மூச்சு உள்ளிழுக்கவும். 1. வலது கையை நீட்டி, படுக்கையின் எதிர்புறத்தை தொடவும். (வெளிமூச்சு) உடற்பற்சியின் போது உடலின் மேற்பகுதியை திருப்பவும். 2. துவக்க நிலைக்கு வரவும் (உள் மூச்சு). 3. இடது கையை நீட்டி (உடலை லேசாகத் திருப்பவும்) படுக்கையின் எதிர்புறத்தைத் தொடவும் (வெளிமூச்சு). 4. முந்தைய நிலையை அடையவும் (உள்மூச்சு).

உடற்பயிற்சி 4. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை:** 1) விரல்களைப் பிரித்து, கால்களையும் விரிக்கவும். 2) முஷ்டியை மடக்கி, கால்களை ஒன்று



படம் 147. பிரசவத்திற்குப் பின்னான உடற்பயிற்சிகள்
1) துவக்கநிலை 2) வகை 1. உடற்பயிற்சி 7; 3) வகை 2. பயிற்சி 2; 4) வகை 2 பயிற்சி 7; 5) வகை 3. பயிற்சி 4; 6) வகை 4. பயிற்சி 2; 7) வகை 5. பயிற்சி 4;8) வகை 6. பயிற்சி 8; 9) வகை 7. பயிற்சி 8.

சேர்க்கவும். இலகுவாக மூச்சு விடவும்.

உடற்பயிற்சி 5. துவக்க நிலை: மல்லார்

செயல் முறை: *1—2* ஒரு பக்கமாகத் திரும்பவும். *3—4* இந்த நிலையில் ஓய்வாக இருக்கவும் *5—6* துவக்க நிலைக்கு வரவும். இலகுவாக மூச்சுவிடவும்.

உடற்பயிற்சி 6. துலக்க நிலை:—மல்லார்ந்து. செயல் முறை:—1) குதத்தை உள்ளிழுத்து, சுருக்கு தசையைச் சுருக்கவும் (உள்மூச்சு) 2) குதத்தைத் தளர்த்தவும் (வெளிமூச்சு).

உடற்பயிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செயல் முறை:—1—2. பாதத்தை படுக்கையிலிருந்து உயர்த்தாமல், இடது காலை மடக்கவும் (உள் மூச்சு). 3—4. காலை நீட்டவும் (வெளி மூச்சு). 5—6. வலது காலை மடக்கவும் (உள்மூச்சு) 7—8. காலை நீட்டவும் (வெளிமூச்சு).

உடற்பயிற்சி 8. பயிற்சி 1 ஐச் செய்யவும்.

குறிப்புகள்: 1) பயிற்சிகள் 1,2,4,6 மூன்று, நான்கு தடவைகள் செய்யப்பட வேண்டும். பயிற்சி 3ஐ, இரண்டு, மூன்று தடவைகள் செய்ய வேண்டும். பயிற்சி 5. ஒரே தடவை. குறிப்பு: 2) கிழிபட்ட விடபத்திற்கு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்கள், பயிற்சிகள் 1,2,3,4ஐ மட்டும் செய்ய வேண்டும்.

2வது வகை உடற்பயிற்சிகள்
(பிரசவத்தின் 3வது நாள்)

உடற்பயிற்சி 1. 1வது வகையின் பயிற்சி 2ஐ மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 2. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. கைகள் பக்கத்தில் இருக்க வேண்டும். செய்முறை: 1) உடலை இடது பக்கமாக வளைத்து, வலது கையை உயர்த்தவும். உள்ளங்கை அக்குளுக்குச் செல்ல வேண்டும்; இடது கையை கீழே இறக்கி, கால் வழியாகச் செலுத்தவும்; தலையை இடது பக்கம் மடக்கவும். (உள் மூச்சு) 2) முந்திய நிலைக்கு வரவும் (வெளி மூச்சு) 3) உடலை வலது பக்கமாக மடக்கி, இடது கையை அக்குளுக்கு செலுத்தவும். வலது கை காலை நோக்கிச் செல்கிறது. தலையை வலது பக்கமாக மடக்கவும் (உள் மூச்சு). 4) துவக்க நிலைக்குச் செல்க. (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 3. 1வது வகையின் 4 வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 4. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செயல் முறை: 1—2 வயிற்றுப் பக்கமாக திரும்புக 3—4 குப்புறப் படுத்திருக்கவும். (வயிற்றின் மேல்) 5—6. துவக்க நிலைக்குச் செல்க. நிதானமாக மூச்சு விடவும்.

உடற்பயிற்சி 5. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து, கைகள் பக்கத்திலும், உள்ளங்கை கீழ் நோக்கி, கால்கள் மடக்கி. செய்முறை:—1) பாதங்களையும், கையையும் பக்கத்தில் வைத்துக் கொண்டே கூபகத்தை உயர்த்துக. (உள் மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 6. 1வது வகையின் 6 வது பயிற்சி. மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: படுக்கையிலிருந்து பாதங்களை எடுக்காமல், கால்களை மடக்கவும் (உள்மூச்சு) 2) கால்களை நீட்டவும் (வெளிமூச்சு).

உடற்பயிற்சி 8. இந்த வகையின் 1வது பயிற்சி.

குறிப்புகள். 1) பயிற்சிகள் 1,3,5,6,7,8 3—4 தடவைகள்.

2) 2வது பயிற்சியை 2—3 தடவைகள் செய்க. 4வது பயிற்சியை ஒரு தடவை தான். விடபக்கிழிசலுக்கு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்டவர்கள். 1வது வகையின் 1,2,3,5வது பயிற்சி.

3வது வகை உடற்பயிற்சிகள். (4வது நாள்)

உடற்பயிற்சி 1. 1வது வகையின் 2 வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்.

உடற்பயிற்சி 2. 2வது வகையின் 2 வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்.

உடற்பயிற்சி 3. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை:—1) பாதங்களை விரித்து, விரல்களையும் பிரிக்கவும். (உள் மூச்சு) 2) பாதங்களை ஒன்று சேர்த்து, விரல்களை முஷ்டி போல் மடி. (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 4. துவக்க நிலை: குப்புறப்படுத்து. கைகளை மடக்கி, தோள் மட்டத்திற்கு உயர்த்தவும், ஒரு கை மேல் மற்ற கை, மோவாய் கைகளின் மேல் இருத்தல்.

செயல் முறை: 1) முழுங்கை கட்டை விரல்கள் மேல் ஒய்வு எடுத்தல். முதுகை சிறிது வளைத்துக் கொண்டு, உடலையும், தலையையும் உயர்த்துதல் (உள்மூச்சு). 2)துவக்க நிலைக்கு வரல் (வெளிமூச்சு).

உடற்பயிற்சி 5. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. கால்கள் மடக்கப்பட்டு, கைகள் பக்கத்தில் உள்ளங்கை கீழ் நோக்கி. செயல் முறை: 1) பாதங்கள், கைகளைத் தாங்கிக் கொண்டு கூபகத்தை உயர்த்து. அத்துடனேயே குதத் தசைகளை முக்கு. (உள்மூச்சு) 2) கூபகத்தைத் தாழ்த்தி குதத்தசைகளைத் தளரவிடு. (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 6. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: —1) வலது கையை ஒரு பக்கமாக நகர்த்தவும். தலையை இடது பக்கமாகத் திருப்பவும். (உள் மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும் (வெளி மூச்சு) 3) இடது கையை ஒரு பக்கமாக நகர்த்தவும். தலையை வலது பக்கமாகத் திருப்பவும். (உள் மூச்சு) 4) முந்தைய நிலைக்கு வரவும் (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: 1) இடது காலை மடக்கி, பாதத்தை வலது காலின் உட்பரப்பில் செலுத்தவும். (உள் மூச்சு) 2) இடது காலை நீட்டி பாதத்தை பின்புறமாக இழுக்கவும். (வெளி மூச்சு) 3) வலது காலை மடக்கி பாதத்தை இடது காலின் உட்பரப்பில் செலுத்தவும். (உள் மூச்சு) 4) வலது காலை நீட்டு; பாதம் இடது காலின் பக்கம் செல்லவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 8. துலக்க நிலை: படுக்கையில் உட்கார்ந்து கொண்டு, கைகளை, பின்தலையில் சேர்க்கவும். செய்முறை: 1) உடலின் மேற்பகுதியை வலது பக்கமாகத் திருப்புக. 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். 3) உடலின் மேற்பகுதியை இடது பக்கமாகத் திருப்புக. 4) துவக்க நிலைக்கு வரவும்.

உடற்பயிற்சி 9. மூன்றாவது வகையின் 1வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க. குறிப்புகள்: 1) பயிற்சிகள் 1,3,4,5,8,9 ஐ 3—4 தடவைகள் செய்யவும். பயிற்சிகளை 2,6,7,ஐ 2—3 தடவைகள். 2) கிழிந்த விடபத்திற்கு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்கள் 1வது வகையின் 1,2,3,4,5 பயிற்சிகளைச் செய்ய வேண்டும்.

4வது வகை உடற்பயிற்சிகள் (5 வது நாள்)

உடற்பயிசி 1. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: 1) கைகளை உயர்த்தி, தலைக்கு மேலாக அவற்றைச் சேர்க்கவும். (உள் மூச்சு) 2) கைகளை கீழே தாழ்த்தி முந்திய நிலைக்கு வரவும். (வெளிமூச்சு)

உடற்பயிற்சி 2.துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. கைகள் நீட்டப்பட்டு, உள்ளங்கைகள் மேல் நோக்கி.

செய்முறை:—உடற்யிற்சிக்கு முன் மூச்சை உள்ளிழுக்கவும். 1) வலது உள்ளங்கையை இடது உள்ளங்கையால்

தொடவும். உடலின் மேற்பகுதி இடது பக்கம் திரும்பவும் (வெளி மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும் (உள் மூச்சு) 3) இடது உள்ளங்கையை, வலது உள்ளங்கையால் தொடவும். உடலை வலது பக்கம் திருப்பவும். 4) துவக்க நிலைக்கு வரவும் (உள் மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 3. மூன்றாவது வகையின் 3வது உடற்பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 4. 3வது வகையின் 4வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 5. 3வது வகையின் 5 வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 6. துலக்க நிலை: கைகள் பக்கத்தில்—மல்லார்ந்த நிலை.

செய்முறை: 1) கால்களை விரிக்கும் அதே போது, கைகளையும் நகர்த்தி தோள்பட்டை மட்டத்திற்கு கொண்டு வரவும். (உள் மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை:** 1) நீட்டிய இடது காலை தூக்கவும். 2) தாழ்த்தவும். நிதானமாக மூச்சு விடவும்.

உடற்பயிற்சி 8. துவக்க நிலை: படுக்கையில் உட்கார்ந்து கொண்டு கால்களைத் தொங்கப் போடவும். கைகள் பின் தலையைத் தொட்டுக் கொண்டு இருக்கவும்.

செய்முறை:—மூச்சை உள் இழுக்கவும். 1) முன்னால் குனியவும். (வெளி மூச்சு) 2) நிமிரவும். (உள்மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 9. 4வது வகையின் 1வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

குறிப்புகள்: 1) பயிற்சிகள் 1,3,4,5,6, 8,9 ஐ கட்டாயமாக, 3—4 தடவைகள் செய்ய வேண்டும். பயிற்சிகள் 2ம் 7ம் 2—3 தடவைகள் செய்ய வேண்டும். 2) கிழிந்துபட்ட விடபத்திற்கு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்கள் 1,2,3 உடற்பயிற்சியையும், கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள உடற்பயிற்சி 10 ஐ யும் செய்ய வேண்டும்.

உடற்பயிற்சி 10. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை**—1) கூபகத்தை உயர்த்தவும் (உள்மூச்சு). 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும் (வெளி மூச்சு).

5 வது வகை உடற்பயிற்சிகள்: (6 வது நாள்)

உடற்பயிற்சி 1. 4வது வகையின் 1வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 2. துலக்க நிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை:**—1) உள்ளங்கைகளைத் திருப்பவும். விரல்களை விரிக்கவும். பாதங்களைப் பிரித்து மடக்கவும். (உள்மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 3. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. கைகள், முழங்கையில் மடக்கப்பட்டு, உள்ளங்கைகள் கீழ்நோக்கியும், கால்கள் நீட்டியும் இருக்கின்றன.

செய்முறை:—1) உள்ளங்கையாலும், கட்டைவிரல்களாலும் தாங்கிக் கொண்டு, தலையையும் உடலையும் உயர்த்தவும். (உள்மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 4. 3 வது வகையின் 5வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 5. 4வது வகையின் 6வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 6. துவக்கநிலை: மல்லார்ந்து. **செய்முறை:** —1) உட்கார்ந்து கொண்டு கைகளை பக்கவாட்டில் நீட்டவும். (உள்மூச்சு) 2) குனிந்து கொண்டு கைவிரல்களால் கால்விரல்களைத் தொடவும். (வெளிமூச்சு) 3) உடலை நீட்டி, மேற்கைகளை பக்கத்தில் நீட்டவும். (உள்மூச்சு) 4) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (வெளிமூச்சு)

உடற்பயிற்சி 7. 5வது வகையின் 1வது உடற்பயிற்சியைச் செய்க.

குறிப்புகள்: 1) 1,3,4,5,6 உடற்பயிற்சிகளை 3—4 தடவைகள் செய்க. 2வது உடற்பயிற்சியை 2—3 தடவைகள் செய்க.

2) விடபம் கிழிந்துபட்டு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்கள், 5வது வகையின் 1,2,3 பயிற்சியையும், 4வது வகையின் 10வது பயிற்சியையும் கட்டாயமாகச் செய்யவும்.

வேது வகை உடற்பயிற்சிகள்:
(7வது நாள்)

உடற்பயிற்சி 1. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: கைகளை பக்கத்தில் நகர்த்தி, பின்தலைப்பக்கம் சேர்க்கவும். (உள்மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வருக. (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 2. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை:—உள்மூச்சு வாங்குக. 1) வலது கையால், நீட்டி இருக்கும் இடது காலின் முழங்கலைத் தொடுக. இடது முழங்கையில் தாங்கிக் கொண்டு, உடலின் மேற்பகுதியைத் திருப்புக (வெளிமூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (உள்மூச்சு) 3)இடது கையால், நீட்டிய வலது காலின் முழங்காலைத் தொடுக. வலது முழங்கையால் தாங்கிக் கொண்டு. (வெளி மூச்சு) 4) துவக்க நிலைக்கு வரவும். (உள்மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 3. 5வது வகையின் 3வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 4. 5வது வகையின் 4 வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்யிற்சி 5. 3வது வகையின் 5வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 6. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து. செய்முறை: 1) கால்களை மடக்கி, கைகளை மேலே தூக்கவும்: (உள்மூச்சு) 2) துவக்கநிலைக்கு வரவும். (வெளிமூச்சு)

உடற்யிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து 1) நீட்டிய கால்களை உயர்த்தவும். 2) கால்களைப் பிரிக்கவும். 3) கால்களைச் சேர்க்கவும். 4) கால்களை தாழ்த்தவும். நிதானமான மூச்சுவிடுக.

உடற்பயிற்சி 8. 5வது வகையின் 8வது பயிற்சிய மீண்டும் செய்க.

உடற்பறிசி 9. 6வது வகையின் 1வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

குறிப்புகள்: 1) பயிற்சிகள் 1,3,4,5,6,9 ஐ கட்டாயமாக3—4 தடவைகள் செய்க. பயிற்சிகள் 2,7,8 ஐ 2—3 தடவைகள் செய்க 2) கிழிந்துபட்ட விடபத்திற்கு ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்கள் 1,2,3,5 உடற்பயிற்சியையும், 3வது வகையில் 4 வது பயிற்சியையும் கட்டாயம் செய்யவும்.

7வது வகை உடற்பயிற்சிகள்:
(8வது நாள்)

உடற்பயிற்சி 1. உடற்பயிற்சியை மீண்டும் செய்க

உடற்பயிற்சி 2. 6வது வகையின் 2வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 3. 5வது வகையின் 3வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 4. 5வது வகையின் 4வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி 5. 3வது வகையின் 5வது பயிற்சியை மீண்டும் செய்க.

உடற்பயிற்சி6.துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து, கைகள் பக்கத்தில்.

செய்முறை:—1) கால்களை மடக்கி விரிப்பதுடன், கைகளையும் (உள்ளங்கை மேல் நோக்கி) விரிக்கவும். தோள் பட்டை வரை செல்லவும். (உள்மூச்சு) 2) துவக்க நிலைக்கு வருக. (வெளி மூச்சு)

உடற்பயிற்சி 7. துவக்க நிலை: மல்லார்ந்து.

நிலை ஆகியவை கொண்ட, ஒரு பதிவேடு தரப்படுகிறது. தனது மாவட்டத்திலுள்ள மகப்பேறு மருந்தகத்தின் டாக்டரிடம் அந்தப்பதிவேடு ஒப்படைக்கப்படுகிறது. கைமகவு பற்றிய தகவல், அந்த மாவட்ட குழந்தை நோய் நிபுணருக்கு அனுப்பப்படுகிறது.

பிரசவித்த பெண் மருத்துவமனையிலிருந்து விடுபட்டவுடன், ஒரு சான்றிதழ், சட்டபூர்வ பிற்கால நடவடிக்கைகளுக்கு வசதியாக, தப்படுகிறது.

பிரசவபின் கால விடுப்பும் அளிக்கப்படுகிறது.

அத்தியாயம் 12

கைமகவின் பராமரிப்பு

கைமகவின் உடலமைப்பும், பணியும், பெரிய குழந்தைகளிலிருந்தும், வயது வந்தவர்களிலிருந்தும் மாறுபடுகிறது.

கருப்பை வெளி வாழ்வின் துவக்கத்தில், கைமகவின் பல உறுப்புக்களும் மண்டலங்களும் முழுவளர்ச்சியடையாமல் உள்ளன. இது, மத்திய நரம்பு மண்டலத்திற்கும் பொருந்தும். கைமகவின் திசுக்கள் மிகுந்த திரவம் கொண்டுள்ளன. பணி பொறுத்தமட்டில் குறை வளர்ச்சியுடன் இருக்கிறது. புறவிளைவுகளால் எளிதில் பாதிக்கப்படக்கூடும். உடலின் வெப்பக்கட்டுப்பாட்டுக்கேந்திரம், குறிப்பாக முதிராக்குழந்தைகளில், ஸ்திரமடையவில்லை. ஆகவே கைமகவுகள், எளிதில், தட்பவெப்ப மாற்றங்களால், பாதிக்கப்படுகின்றனர்.

கைமகவு, எளிதில் தொற்று நோய் வாய்ப்படுகிறது. தொப்பூழ் கொடி, சருமம், மூக்கு மேற்தொண்டை, இரைப்பை குடல் பாதை ஆகியவற்றின் வழியாக சீழ்தொற்றுகள் உட்செல்ல வாய்ப்புகள் உள்ளன.

கிருமி, உட்புகுந்த இடத்திலேயே, தொற்றைக் கட்டுப்படுத்த கைமகவால் முடியாது. ஆகவே நுண்கிருமிகள், எளிதில், இரத்த, நிணமண்டலங்களை ஊடுருவி, அதன் வழியாக, உடல் முழுவதிலும் பரவுகின்றன.

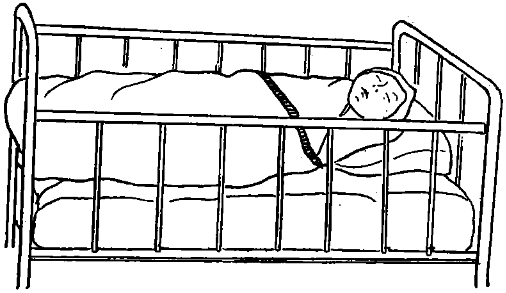
பிரசவபின் கட்டத்தின் போது தான், கைமகவு, புதிய சூழ்நிலைகளுக்கு (கருப்பை வெளி வாழ்வு) தக அமைத்துக் கொள்கிறது. கைமகவுக்கு, சுற்றுபுற நிலைகள் சாதகமாக இருந்தால், தக அமைவு எளிதில் நிறைவு பெறுகிறது. இல்லையெனில் தக அமைவு நுட்பம் பாதிக்கப்பட்டு, கைமகவு எளிதில் நோய் வாய்ப்படுகிறது.

கைமகவைப் பராமரிக்கும் போதும், பாதுகாக்கும் போதும், கிருமி பாதிப்பு, மற்றும் தடப்வெப்ப மாற்றங்கள், தவறான போஷாக்கு ஆகியவற்றால், எளிதில் பாதிக்கப்படலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

கைமகவுப்பிரிவு

பெரிய மகப்பேறு மருத்துவமனைகளில், கைமகவுக்கென சிறப்புத் துறைகள் உள்ளன. முதிர்ச்சியடைந்த கைமகவு, முதிரா கைமவு, பிரசவ கால காயங்கள் கொண்ட கைமகவு என பலப்பிரிவுகள் உள்ளன. நோய் இருக்கலாம் என ஐயப்பாடு கொண்ட குழந்தைகளை தனிவார்டுகளில் வைக்க வேண்டும். நோயுடன் கூடிய கைமகவுகளை தனிமைப்படுத்தி வைக்க வேண்டும்.

ஐயப்பாடு கொண்ட குழந்தைகளுக்கான தனிவார்டுகள் இருக்க வேண்டும்.



படம் 148. தொட்டிலில் ஒரு குழந்தை.

மகப்பேறு பிரிவு சிறியதாக இருந்தால், கைமகவுக்கென ஒரு தனிக்கூடமே (தனித்துறை தேவையில்லை) இருந்தால் போதும்.

தனியான சிறப்புச் செவிலியர்கள், கைமகவுகளைப் பராமரிக்க வேண்டும்.

கிராமப்பகுதிகளில், மகப்பேறு நிறுவனங்களில் 2—3 நோயாளிகள் மட்டுமே இருக்க முடியும். அப்போது கைமகவுகளை உடல் நல மீட்பு பகுதியில் (திரையால் பிரிக்கப்பட்டது) வைக்க வேண்டும். மகப்பேறு நிபுணர், கைமகவுகளை மேற்பார்வையிட வேண்டும்.

விசாலமான, நல்ல வெளிச்சமும் காற்றோட்டமும் உள்ள அறைகளில் கைமகவுகள் வைக்கப்பட வேண்டும். ஒவ்வொரு தொட்டிலுக்கும், குறைந்தது 2.5 செ.மீ தளப்பரப்பு இருக்க வேண்டும்.

கைமகவு அறையில் வெளிப்புறப் பொருட்கள் எதுவும் இருக்கக் கூடாது. (மிகவும் அத்தியாவசியமான பொருட்களைத் தவிர) கைமகவு அறையிலுள்ள எல்லாப்பொருட்களும், தட்டுமுட்டுச் சாமான்களும் எளிதில் கழுவப்படக் கூடியதாக இருக்க வேண்டும். இந்த அறையில் கீழ்க்கண்ட பொருட்கள் இருக்க வேண்டும்:—தொட்டில்கள், எடை பார்க்கும் கருவி, கருவிகளுக்கென ஒரு பெட்டி, மருந்துகள், துணி கட்டுகளுக்கென ஒரு பெட்டி, சுத்தமான லினனுக்கான ஒரு பெட்டி, உபயோகப்படுத்தப்பட்ட துணிகளுக்கான ஒரு தொட்டி, சூடான, குளிர்ந்த தண்ணீருக்கென குழாய்கள், பதிவேடுகளை வைக்க ஒரு சிறிய எழுது மேசை.

தொட்டில்கள் உலோகத்தாலான வையாக இருக்க வேண்டும். எளிய உண்ணப்பூச்சுகள் இருக்க வேண்டும். வலைப்பின்னலின் மீது ஒரு சிறிய மெத்தை இருக்க வேண்டும். அதன் மேல் ஒரு எண்ணைத்துணி விரிக்கப் பட வேண்டும். அதற்கு மேலும், ஒரு விரிப்பு இருக்க வேண்டும். தலையணை சிறியதாக இருக்க வேண்டும். தலையணையில்லாமல் கூ, கைமகவு இருக்கலாம். (படம் 148)

மெல்லிய ஆடைகளும், பனியன்களும் மெல்லிய வெள்ளை பஞ்சு இழைகளால் தெய்யப்பட்டிருக்க வேண்டும்; வெப்பமான சுற்றாடைகளும், பனியன்களும் பருத்தியால் அல்லது ஃபிளானலால் ஆக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும். இவற்றில் கரமுரடான மடிப்புகளும், பொத்தான்களும் இருக்கக் கூடாது. குளிர்கால கம்பளிகள், ஃபிளானலால் ஆகியிருக்க வேண்டும். கோடைகால கம்பளிகள் பருத்தியால் ஆகியிருக்க வேண்டும். தினமும் ஒரு கைமகவுக்குத் தேவையான துணிகள் வருமாறு:— மூன்று பனியன்கள், மூன்று சட்டைகள், இருபது பிட்ட அணை ஆடை, இருபது மெல்லிய சுற்றாடைகள், பத்து வெப்மானசுற்றாடைகள், இரண்டு கம்பளிகள், ஒரு படுக்கை விரிப்பு. அங்குள்ள சலவை நிலையத்தைப் பொறுத்து, கைமகவுக்குத் தேவையான துணிகள் அமைகின்றன. குறைந்தது மூன்று வகை பொருட்கள் தேவைப்படுகின்றன.

அறையின் சுற்றுப்புற வெப்பம் முதிர்ந்த கைமகவுக்கு 20—20° செ. ஆகவும், முதிராமகவுகளுக்கு 22—24° செ.ஆகவும் இருக்க வேண்டும். குளிர் காலத்தில் கூடுதலான அடுப்புகள் அமைக்கப்பட வேண்டும். குளிர்காலத்தில் கூடுதலான அடுப்புகள் அமைக்கப் பட வேண்டும். கோடை காலத்தின் போது மிகையாக வெப்பமடைவதைத் தடுக்க வழிமுறைகள் வேண்டும். உணவூட்டத்தின் போது, அறைகாற்றோட்டமுள்ளதாக இருக்க வேண்டும். கோடை காலத்தில் சாளரங்கள் திறந்திருக்க வேண்டும்.

கைமகவு அறை, அப்பழுக்கற்ற சுத்தத்துடன் இருக்க வேண்டும். கைமகவு தாயிடம் பாலுண்ண எடுத்துச் செல்லப்படும் போது, கைமகவின் அறை சுத்தம் செய்யப்பட வேண்ரும். தினமும் சுத்தம் செய்யப்படுவது தவிர, அடிக்கடி கிருமி நாசினிகளும் பயன்படுத்தப் பட வேண்டும். ஒரே நாளில் பிறந்த கைமகவுகள் ஒரு அறையில் வைக்கப் பட்டு, அன்றே விடுவிக்கப்படுகின்றனர். ஆகவே, அறைகாலியானவுடன், உரிய சுகாதார முறைகள் கையாளப்படுகின்றன. அறையினுள் 24 மணிநேரங்களுக்கு காற்று செலுத்தப்படுகிறது. தட்டுமுட்டுச் சாமான்கள் முழுமையாகக் கழுவப்படுகின்றன. மெத்தைகளும் தட்டுமுட்டுச் சாமான்களும் கிருமி நாசினி திரவங்களில் இடப்படுகின்றன. இவ்விதம் சுத்தம் செய்யப்பட்ட அறைக்கும் தட்டுமுட்டுச் சாமான்களுக்கும் பாதரச—குவார்ட்ஸ் ஒளி வீச்சு தரப்படுகிறது. உடல் நல மீட்பு அறையிலிருந்து வரும் கைமகவுகளை ஏற்றுக் கொள்ள அந்த சுத்தமான அறை தயாராக உள்ளது.

கைமகவுகளால் கையாளப்படும் பொருட்கள் மிகவும் சுத்தமாக இருக்க வேண்டும். மற்ற பொருட்களோடு சேர்த்து அல்லாமல், அவை தனியாக கொதிக்க வைக்கப்பட்டு சுத்தம் செய்து சூடான இஸ்திரி பெட்டி கொண்டு தேய்க்கப்பட வேண்டும். முடிந்தால், குழந்தை பிறந்த முதல் சில நாட்களுக்கு தொற்று நீக்கப்பட்ட சுற்றாடைகளும் பனியன்களும் தரப்பட வேண்டும்.

கைமகவுத் துறையிலுள்ள கண்ணாடிச் சாமான்கள், பாற்காம்புகள், கருவிகள் இன்னபிற, உபயோகப்படுத்தப் பட்ட பின்னர் கொதிக்க வைக்கப்பட வேண்டும்.

கைமகவுத்துறை ஊழியர்கள் அனைவரும் சுயசுகாதாரம் பற்றிய எல்லா நியதிகளையும் கட்டாயமாகப் பின் பற்ற வேண்டும். (பிரிவு 7) கைகள், மேலங்கிகள், ரோமம், கைக்குட்டைகள், முகமுடிகள் ஆகியவை, குறிப்பாக நன்கு சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். இத்துறையின் ஊழியர்கள் அனைவரும் மருத்துவப் பரிசோதனைக்கு உட்படுத்தப்பட வேண்டும். (எக்ஸ்ரே, ஆய்வகப்பரிசோதனைக ள்)

தொற்றும் நோய் கொண்டவர்கள், தொற்றும் நோயாளிகளுடன் தொடர்பு கொண்டவர்கள், நோய் கிருமி கடத்திகள் ஆகியோர், இந்தத் துறைக்குள் அனுமதிக்கப்படக் கூடாது.

வளர்ப்பு அரங்கங்களில் கைமகவு பராமரிப்பு

அதன் வளர்ச்சி ஊக்குவிக்கப்படும் முறையில் கைமகவு பராமரிப்பு இருக்க வேண்டும். சுற்றுப்புற சூழ்நிலையின் ஊருவிளைவிக்கும் அம்சங்களால், குறிப்பாக நோய் தொற்றால், குழந்தை பாதிக்கப்படாதவாறு பாதுகாப்பதே, பராமரிப்பின் பிரதானமான குறிக்கோளாகும்.

கைமகவின் பராமரிப்புக்கென, சிறந்த பயிற்சி பெற்ற செவிலியர்கள் அமர்த்தப்பட வேண்டும். சிறிய மருத்துவ மனைகளில் மகப்பேறு டாக்டர், கைமகவைப் பார்த்துக் கொள்கிறார். வெளியாட்கள் எவருமே குழந்தையைத் தொட அனுமதிக்கப்படுவதில்லை.

வேலை மாற்றத்தின் போது (ஷிப்டு முறையில்), மருத்துவ ஊழியர்கள் கட்டாயமாக தங்கள் கைகளை (முழங் கை வரை) சோப்பும், பிரஷ்ஷும் கொண்டு; கழுவ வேண்டும். பின்னர் கிருமி நாசினிகளை (அல்கஹால், லைசோபார்ம், குளோரமைன், கரையங்கள் இன்ன பிற) பயன்படுத்த வேண்டும். கைமகவுடன் பழகுவதற்கு முன்னர் ஒவ்வொரு தடவையும், நர்சு தனது கைகளை கிருமி நாசினி திரவம் கொண்டு, ழுவ வேண்டும்.

உடல் நல மீட்சி அறையிலிருந்து கைமகவு அறைக்கு குழந்தை கொண்டு வரப்படும் போது வெப்பமான துணிகளால் மூடப்பட்டு, படுக்கையில் வைக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும். குழந்தையின் உடல் நலம் கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். கைமகவு வாந்தி யெடுக்கலாம்; நீலநிறமடையலாம்; தொப்பூழ் கொடியில் இரத்தம் கசியலாம் என்பனவற்றை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

தினமும் இருவேளை(முதல் பாட்லூட்டத்திற்கு முன்பும், மாலையிலும்), கைமகவுக்கு உடல் நலப் பாதுகாப்பு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இதன் போது, பொதுவான புறப்பரிசோதனை செய்ய வேண்டும். சருமமடிப்புகள் பார்வையிடப்பட வேண்டும்; தொப்பூழ் கொடி மீதான துணிக்கட்டை சரிபார்க்க வேண்டும்; பரிந்துரைக்கப்பட்ட செயல் முறைகள் பின்பற்றப் படுகின்றன. குழவியின் எடையும், உடல் வெப்பமும் அளவிடப்படுகிறது.

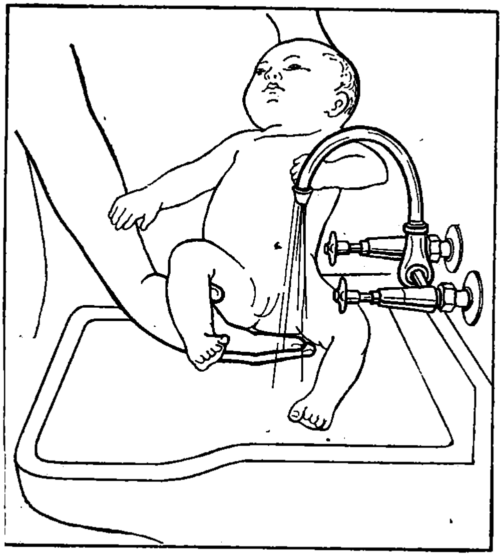
குழந்தையின் சருமப்பாதுகாப்பு, மிகவும் முக்கியமானதாகும். ஏனென்னில் அரிப்புப்புண்களும், பிளவிடைப்புண்களும் நோய் தொற்றும் வளரிடங்களாக அமைகின்றன. சருமத்தின் சீழ் நோய்கள், சீழ் தொற்றுவதற்கு வழி வகுக்கின்றன.

காலையிலும் மாலையிலுமான மேன ஒப்பனையின் போது குழந்தையின் உடலைப் பார்வையிட வேண்டும். (காதுகளுக்குப் பின்னே, கழுத்தின் மேல், அக்குளில், கவட்டையில்.) அப்போது பிளவிடைப்புண் தோன்றும் முக்கிய இடங்களான சரும மடிப்புகளை, குறிப்பாக, கவனிக்க வேண்டும்.

தொப்பூழ் சொடி விழும்வரை, குழந்தைக்கு குளியல் கூடாது. ஏனெனில் தொப்பூழின் ஆறாத புண் வழியாக கிருமிகள் உட்செல்லலாம். ஆகவே கழுவுதல் என்பது வெப்பமான தண்ணீரில் அல்லது 2% போரிக் அமிலக் கரையத்தில் தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சு கொண்டு முகத்தைத் துடைப்பது தான். காதுகள், காதுகளுக்குப் பின்னான தோல், கழுத்தின் மேல் உள்ள தோல் மடிப்புகள், உள்ளங்கைகள், கால்கள் அனைத்தும் ஈரமான பஞ்சுத் துண்டால் துடைக்கப்பட வேண்டும். உடலை நன்கு உலர்த்த வேண்டும்.

தோல் எங்காவது சிவந்து காணப்பட்டால், அதன் மேல், சுத்தமான வாசலைனையோ, அல்லது சூரியகாந்தி எண்ணையையோ பூச வேண்டும்.

கைமகவு, ஒவ்வொரு தடவை ஒண்ணுக்குப் போன பின்பும் அல்லது மலங் கழித்த பின்பும், நன்கு கழுவப்பட வேண்டும். (பாலூட்டத்திற்கு இடையே) அழுக்கடைந்த துணிகளை அகற்றி சுத்தமானவற்றை அணிய வேண்டும். குழந்தையின் கீழ்ப்பகுதியை வெப்பமான நீர்த்தாரை கொண்டு கழுவ



படம் 149. கைமகவைக் கழுவுதல்

வேண்டும். (படம் 149) இவ்விதம் கழுவும் போது தொப்பூழ் பகுதியின் மேல் தண்ணீர் படாதவாறு பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். சருமத்தைத் தொட்டு (துடைக்கக் கூடாது), உறிஞ்சும் துணி கொண்டு உலர்த்த வேண்டும் முன்காப்பு முறைகளாக பிட்டம், கவட்டை ஆகியவற்றின் தோல் மீது, சுத்தமான எண்ணையைப் பூச வேண்டும்.

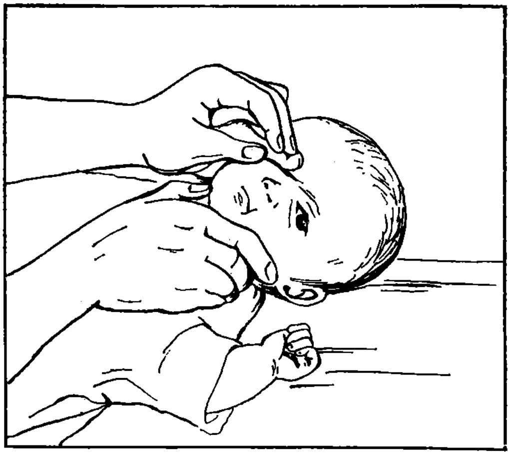
கைமகவை, போதிய அளவில் பராமரிக்காவிடில், பிளவிடைப்புண்கள் தோன்றுவது சகஜம். சிறந்த முறை பராமரிப்பும், மலத்தாலும் முத்திரத்தாலும் அசிங்கமடையாது தவிர்த்தலும், பிளவிடைப்புண்ணுக்கான சிகிச்சையாகும். பிளவுடைப்புண் குறைவான இருந்தால், (சிவந்த சருமம் மட்டும் இருந்தால்), சுத்தமான எண்ணை கொண்டு தடவினால் மட்டுமே போதுமானதாகும். சிவந்த தோல், புண்ணாகிவிட்டால், பாதிக்கப்பட்ட பகுதியின் மீது பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட்டின் 3% கரையத்தை இட்டால் போதும். பின்னர் கீழ்க்கண்ட பொருட்கள் கொண்ட கலவையைப் பூசினாலும் போதுமானதாகும்:—போரிக் அமிலம் 1.0 கிராம். பிஸ்மத்சப் நைட்ரேட் 5.0 கிராம். சுத்தநாக ஆக்சைடு 0.5 கிராம். டால்கமும், அமைலமும் 50கி.

சீழ்சரும அழற்சியின் முன்காப்பு மிகவும் முக்கியமானது. தோலின் மீது சீழ் குவியம் தோன்றினால், மற்ற குழந்தைகளிலிருந்து, பாதிக்கப்பட்ட கைமகவை தனிமைப்படுத்த வேண்டும். ஒவ்வொரு சீழ்கொப்புளத்தின் மீது கீழ்க்கண்டவற்றை இடலாம்:—0.04% கிராமிசிடின் அல்கஹால் கரையம்; ஸ்ட்ரெப்டோசைடு (1—2%); பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் (3%. தசை ஊசியாக, பெனிசிலின் கொடுக்கப்படுகிறது. கைமகவை, இடைவிடாது மருத்துவக் கண்டோட்டத்துடன் கண்காணிக்க வேண்டும்.

புலனுறுப்புக்களின் பராமரிப்பு:—2% போரிக் அமிலக்கரையத்தில் பஞ்சைத் தோய்த்து குழந்தையின் கண்களைத் துடைக்க வேண்டும். ஒவ்வொரு கண்ணுக்கும் தனித்தனியான பஞ்சுத் துண்டுகளை உபயோகித்து, வெளியிலிருந்து உள்நோக்கித் துடைக்க வேண்டும். (படம் 150)

காலையிலான மேனி ஒப்பனையின் போது, காதுகளைத் துடைத்து விட்டாலே போதுமானது. செவித்துளையை சுத்தம் செய்வது அவசியமில்லை.

மூச்சுவிடலில் சிரமம் இருந்தால் அல்லது சளியோ, பொடுகுகளோ மூக்கை அடைத்துக் கொண்டிருந்தால் மூக்கை சுத்திகரிப்பது அவசியமாகிறது. நன்கு முறுக்கப்பட்ட பஞ்சை, வாசலைன்



படம் 150. கண்களைச் சுத்திகரித்தல்

எண்ணையில் தோய்த்து மூக்குத்துவாரங்களைத் துடைக்கலாம்.

வாயின் சிலேட்டுமத்தைத் துடைக்கக் கூடாது. ஏனெனில் அதற்கு ஊறு நேரலாம். சள்ளை நோய் இருந்தால் கூட (பற்றாக்குறைபராமரிப்பாலும், உணவூட்டத்தாலும் வருவது), வாயின் சிலேட்டுமத்தைத் துடைக்கக் கூடாது. போராக்கம், கிளிசராலும் கொண்ட 10% கரையத்தைப் பூச வேண்டும்.

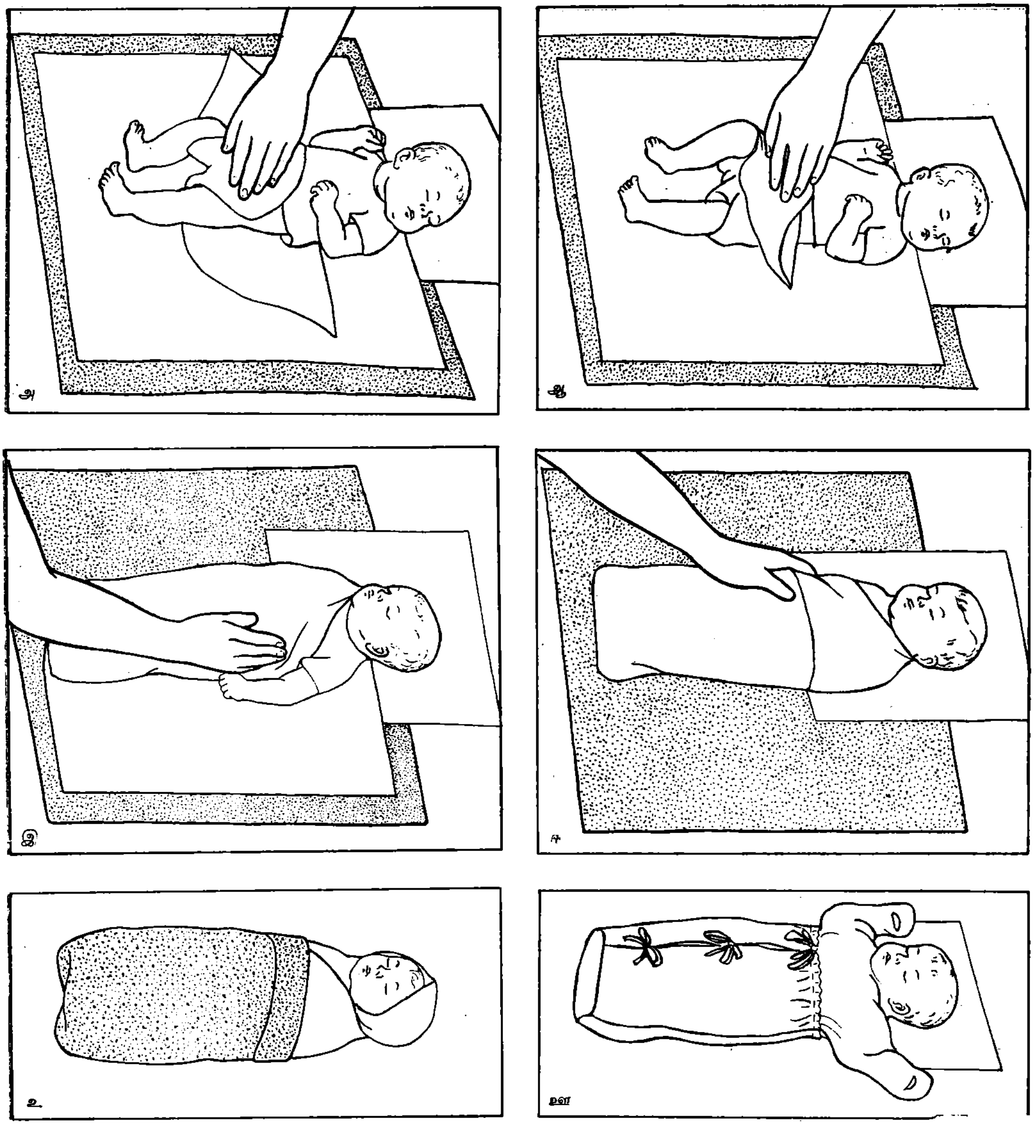
உடை அணிவிப்பு: —பிறந்த சில நாட்களுக்கு, உடல் பூராவும் (தலை, கைகள் உட்பட) போர்த்தப்பட வேண்டும். பின்னர் கைகளையும் தலையையும் மூட வேண்டிய அவசியமில்லை. 3வது 4வது நாளில், குழந்தைக்கு, பின்புறம் திறந்துள்ள பனியனை அணிவிக்கலாம். முன்புறம் திறந்துள்ள பனியனை அணிவிக்கலாம்; முன்புறம் திறந்த சட்டையை அணிவிக்கலாம். (இரண்டிலும் மெல்லிய இழைப்பின்னல்கள் இருக்க வேண்டும்.) சட்டையின் கைகள் நீளமாக இருக்க வேண்டும். இருநுனிகளும் மூடப்பட்டு இருக்க வேண்டும். உடலின் கீழ்ப்பகுதியை பிட்டித்துணியால் மூட வேண்டும்.

உடை அணிவிப்பு நுட்பம் வருமாறு: —(படம் 151) ''அ'' முதல் ''ஊ'' வரை). பிட்டத்துணியின் மேல் குழந்தை வைக்கப்பட்டு, அணிவிக்கப்படுகிறது. அதனடியில் கம்பளி காணப்படுகிறது.

பிட்டத்துணி, (டையபர்) முக்கோணமாக முடிக்கப்பட்ட ஒரு சதுரமான கைக்குட்டையாகும். முக்கோணத்தின் அடித்தளம், குழந்தையின் கீழ்முதுகுப் பகுதியுடன் இணைகிறது. பிட்டத்துணியின் கீழ்ப்பகுதிகள் கால்களுக்கிடையே செல்கின்றன. வெளிப்பகுதிகள், குழந்தையின் இடப்பைச் சுற்றியுள்ளது. குழந்தையின் உடலை, ஒரு பெரிய, மெல்லிய துணி கொண்டு போர்த்த வேண்டும். பின்னர் ஒரு வெப்பமான துணி கொண்டு மூடி, கடைசியாக கம்பளி கொண்டு மூட வேண்டும். முதல், இரண்டாவது துணிக்கிடையில், ஒரு எண்ணைத்துணியை வைக்க வேண்டும். துணிகள் நிறைய இருந்தால், எண்ணைத்துணிக்குப் பதிலாக மற்றுமொரு 6—7 தடவை மடிக்கப்பட்ட துணியை உபயோகிக்கலாம். பிளவிடைப்புண்ணையும், சரும நோய்களையும் தவிர்க்க, இது, மற்றுமொரு தடுப்பு முறையாகும்.

முலைப்பாலூட்டம்:

கைமகவிற்கு முறையான உணவு தாய்ப்பாலே. தாய்ப்பாலூட்டம் தான், குழந்தையின் சகஜ வளர்ச்சியை உறுதி செய்கிறது. புட்டிப்பால் அருந்திய குழந்தைகளை விட, தாய்ப்பால் அருந்திய குழந்தைகளில் நோய் நிலையும், மரண விகிதமும் பல மடங்கு குறைவாக உள்ளது.



படம் 151. குழந்தைக்கு உடை அணிவித்தல்.

அ) முதல்படி: பிட்டித்துணியின் கோணங்கள் கால்களுக்கிடையே செலுத்தப்படுகின்றன.

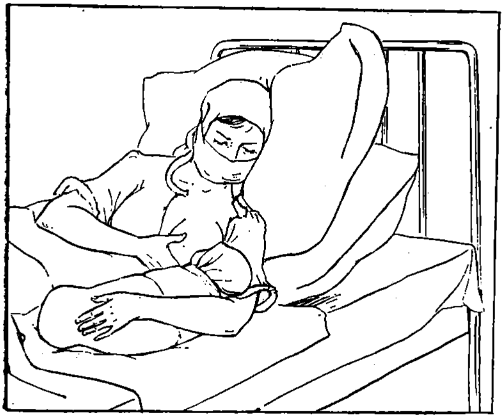
ஆ) 2வது படி: பிட்டித்துணியின் பக்கக்கோணங்கள் வயிற்றை சுற்றி வருகின்றன.

இ) 3வது படி: குழந்தையை முழுமையாக மூடல்.

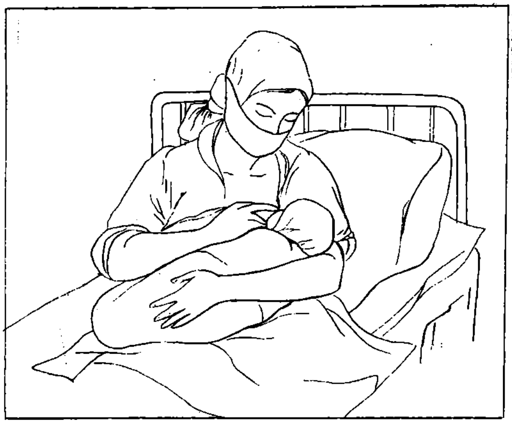
ஈ) 4வது படி: போர்த்தப்பட்ட குழந்தை.

உ) முழுமையான அணிவிப்பு

ஊ) மேலங்கியில் குழந்தை



படம் 152. படுக்கையிலிருந்து கொண்டே குழந்தைக்குப் பாலூட்டல்



படம் 153. உட்கார்ந்துகொண்டே குழந்தைக்குப் பாலூட்டல்

முலைப்பாலூட்டத்தின் முக்கியத்துவத்தைப் பற்றி தாய்க்கு உணர்த்த வேண்டியது, மருத்துவ ஊழியர்களின் கடமையாகும். தாய்தனது குழந்தைக்கு பாலூட்ட வேண்டியதற்கான ஏற்பாடுகளைச் செய்ய வேண்டும்.

பெரும்பாலான பெண்கள் (80—90%) முதல் சில வாரங்களிலும், மாதங்களிலும், தங்களது குழந்தைகளுக்கு முலைப்பால் அளிக்கின்றனர். முலைப்பாலூட்டுவதற்கான நியதிகளைப் பின்பற்றினால் முலைப்பாலூட்டம் வெற்றியடைகிறது.

குழந்தை பிறந்த 12 மணி நேரங்களுக்குள், தாய்பால் கொடுக்கலாம். குழந்தை நல மருத்துவர்கள், 6—8 மணி நேரங்களுக்குளேயே பாலூட்டலாம் எனக்கருதுகின்றனர். (முதிராக்குழந்தைகளுக்கு, பிறந்த 6—8 மணி நேரத்திலேயே தாய்ப்பால் கொடுக்க வேண்டும்.)

தினமும் 6—7 தடவைகள் ($3—3^1/_2$ மணி நேரத்திற்கு ஒரு தடவை) தாய்ப்பால் கொடுக்கப்பட வேண்டும். இரவில் கட்டாயமாக 6மணி இடைவெளி இருக்க வேண்டும்.

குழந்தைக்கு நோய் பாதிப்பு வராமலிருக்க; கீழ்க்கண்ட முறைகள் பின்பற்றப்பட வேண்டும்:—

1) எச்சில் துளி மூலம் குழந்தைக்கு நோய் பரவாமலிருக்க, தாய் முகமூடி அணிந்து கொள்ள வேண்டும்.

2) முலைப்பாலூட்டத்திற்கு முன்னர், தாய் தனது கைகளை சோப்பும் தண்ணீரும் கொண்டு கழுவ வேண்டும். பின்னர் 0.25—0.5% அம்மோனியா கரையம் கொண்டு கையைத் துடைக்க வேண்டும்.

3) தாய்பாலூட்டும் ஒவ்வொரு தடவையும் முலைக்காம்புகளை வெப்பமான தண்ணீர் கொண்டு கழுவ வேண்டும்.

பாலூட்டப்படும் போது, குழந்தையை, தாயின் படுக்கையில் விரிக்கப்பட்ட ஒரு தனியான விரிப்பின் மீது, வைக்க வேண்டும்.

பாலூட்டும் நுணுக்கமும், முக்கியமான ஒரு அம்சமாகும். பிறந்த ஒரு

படம் 154. தாய் நடமாட ஆரம்பித்த வுடன் குழந்தைக்குப் பாலூட்டல்

சில நாட்களுக்கு, படுக்கையில் வைத்தே தாய் பாலூட்டுகிறாள். சிறிது குழந்தையின் பக்கமாகத் திரும்பி, குழந்தையை ஒரு கை கொண்டு பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். (படம் 152) இரண்டாவது அல்லது மூன்றாவது நாளில், உட்கார்ந்து கொண்டே குழந்தைக்கு பாலூட்டுகிறாள். (படம் 153) பின்னர் தாய், ஒரு நாற்காலியிலோ அல்லது ஸ்டூலிலோ உட்கார்ந்து கொள்ளலாம். ஒரு காலை ஒரு பெஞ்சின் மேல் வைத்துக் கொள்ளலாம். தனது முடியிலுள்ள குழந்தையின் தலையையும், முதுகையும் ஒரு கையால் தாங்கிக் கொள்ளலாம். (படம் 154)

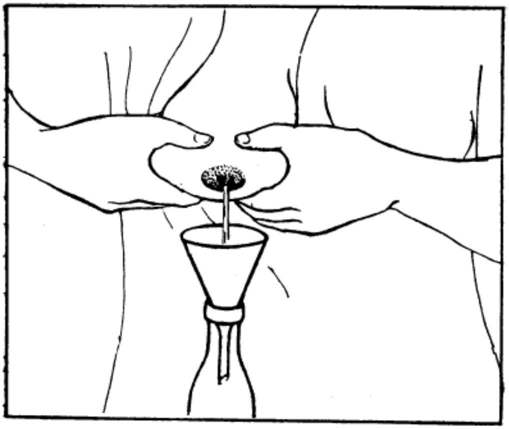
குழந்தைக்கு பால் கொடுக்கத் துவங்குமுன்னர், அடைபட்டிருக்கும் பால் நாளங்களைத் திறக்கச் செய்ய, சில ஒளி பாலை தனது கையால் வெளியேற்ற வேண்டும். அடுத்து தனது கட்டை விரலையும், ஆட்காட்டி விரலையும் கொண்டு முலைக்காம்பைப் பிடித்து (முகட்டு வட்டத்தையும் சேர்த்து), கைமகவின் வாயில் வைக்க வேண்டும். குழந்தை, முலைக்காம்பையும் முகட்டுவட்டத்தையும் சேர்த்து வைத்துக் கொண்டால், பாலூட்டம் எளிதாக இருப்பதோடல்லாமல், குழந்தை காற்றை விழுங்குவதும் தவிர்க்கப்படுகிறது. பாலூட்டத்தின் போது தாயின் முலை, குழந்தையின் மூக்கை அமுக்கி, சகஜமாக மூச்சு விடுவதைத் தடை செய்யலாம். இதையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். பாலூட்டத்தின் பின்னர், தாய் முலைக்காம்பை உலரச் செய்து, முலையை உயர்த்தி, சுத்தமான ரவிக்கையை அணிய வேண்டும். முலையின் சருமம் மெல்லியதாக இருந்தால், முலைக்காம்பின் மீது சுத்தமான வாசலைன் எண்ணையைப் பூச வேண்டும். பின்னர், அதை ஒரு பஞ்சு கொண்டோ அல்லது வளைத்துணி கொண்டோ மூட வேண்டும்.

ஒவ்வொரு தடவையும் பாலூட்டப்படும் போது ஒரு முலையையே பயன்படுத்த வேண்டும். பிரசவபின் கால துவக்கத்தில் பால் சுரப்பு போதாததாக இருக்கும் போது அல்லது தாய்க்கு குறைவான பால் சுரப்பு இருக்கும் போது இரண்டு முலைகளையும் பயன்படுத்தலாம்.

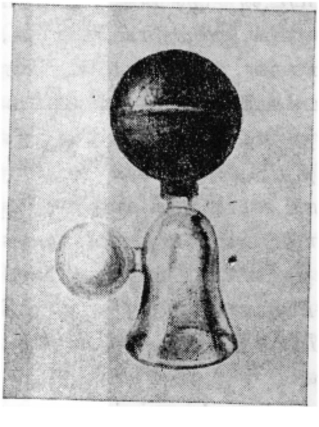
குழந்தை 15—20 நிமிடங்களுக்கு பால் குடிப்பது வழக்கம். நன்றாக பால் குடிக்கும் குழந்தை, முதல் ஐந்து நிமிடங்களுக்குள்ளேயே தனக்குத் தேவையான பாலில் 50% ஐ, உறிஞ்சி விடுகி

றது. முலையிலுள்ள பால் முழுவதும் உறிஞ்சப்பட வேண்டும். பாலூட்டத்தின் போது முலையிலிருந்து பால் முழுவதும் உறிஞ்சப்படாவிடில், பால் சுரப்புப்பணி பாதிக்கப்படுகிறது என நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது.

பாலூட்டத்தின் பின்பு, மார்பகங்களில் பால் எஞ்சியிருந்தால் அதைக் கையால் அகற்ற வேண்டும் அல்லது மார்பகப்பம்பு கொண்டு அகற்ற வேண்டும். (படம் 155, 156)

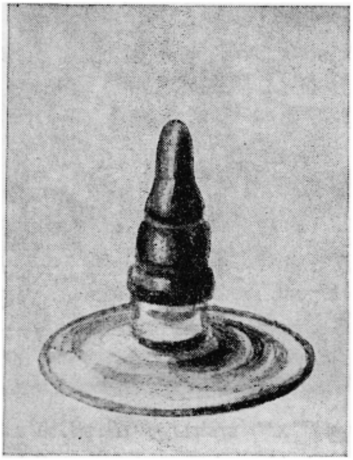


படம் 155. கையால் முலைப்பாலை வெளியேற்றல்

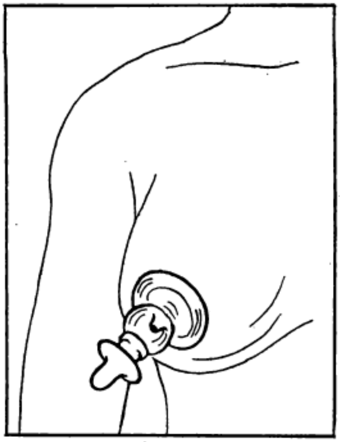


படம் 156. மார்பக பம்பு

முலைக்காம்பு மட்டமாக இருந்தாலோ, உள்நோக்கிச் சென்றிருந்தாலோ அல்லது பிளவுகள் கொண்டிருந்தாலோ ரப்பர் காம்பு கொண்ட, ஒரு கண்ணாடி அடாப்டர் (இசையி) கொண்டு குழந்தைக்குப் பால் ஊட்ட வேண்டும். (படம் 157) ஒரு மார்பக பம்பும், டயட்



படம் 157. ரப்பர் காம்புடன்கூடிய கண்ணாடி அடாப்டர் (இசையி கருவி)



படம் 158. டயட்லோவின் அடாப்டர் (இசையி கருவி)

லோவின் அடாப்ட்ரும் (இசையி) நன்கு உதவுகிறது. (படம் 158)

தாயிடமிருந்து பெறும்பாலின் அளவைப் பொறுத்து குழந்தையின் வளர்ச்சி அமைகிறது. குழந்தை தனது 8—9 நாட்களில், ஒவ்வொரு பாலூட்டத்தின் போதும் பெறும் பாலின் மி.லி. அளவு, அதன் வாழ்நாளைப் பதத்தால் பெருக்கினால் கிடைக்கும் எண்ணுக்குச் சமமாக இருக்கும்.

சான்றாக, குழந்தையின் இரண்டாவது நாளில், ஒவ்வொரு பாலூட்டத்தின் போதும் குழந்தைக்கு 20 மி.லி. பால் கிடைக்க வேண்டும். 3 வது நாளில் 30 மி.லி.ம், 5வது நாளில் 50 மி.லி.ம் பெற வேண்டும். கைமகவின் முதல் சில நாட்களில் கைமகவுக்குத் தேவையான பாலின் அளவை, ஒரு சூத்திரம் கொண்டு கணக்கிடலாம்:—

$$x=(10\times n)^7$$

இங்கு ''x'' என்பது மி.லி.ல் பாலின் தேவை ''n'' என்பது கைமகவின் வாழ்நாட்கள், ''7'' என்பது தினமும் சராசரியான பாலூட்டங்கள்.

கைமகவுக்க போதிய அளவு பால் கிடைத்தால், அதன் பொது உடல் நிலை நன்றாக இருக்கும்; நன்றாகத் தூங்கும்; முனைப்புடன் உறிஞ்சுகிறது. இதில் ஏதாவது சந்தேகம் எழுந்தால், தையின் எடையை, பாலூட்டத்திற்கு முன்பும், பின்பும், கணக்கிட வேண்டும். (இந்த வேறுபாடு, பாலூட்டத்தின் போது குழந்தை பெறுகின்ற பாலின் எடையைக் குறிக்கிறது). பிறந்த துவக்க நாட்களிலிருந்தே, தினமும் 30—50 மி.லி.சுடு தண்ணீரோ அல்லது தேயிலையையோ குழந்தைக்குக் கொடுக்க வேண்டும். கோடை காலத்தில் இந்த அளவு, 100—120 மி.லி.ஆக உயர்த்தப்பட வேண்டும்.

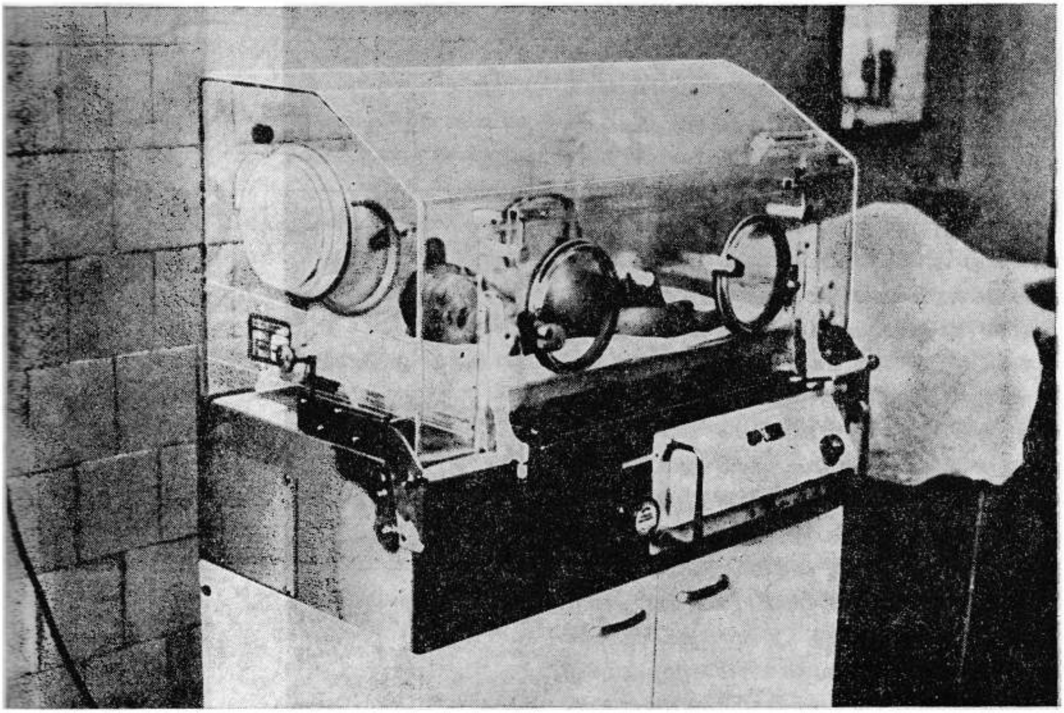
குழந்தையின் வளர்ச்சிக்கும், போஷாக்கின் தன்மைக்கும், எடை அதிகரிப்பு வரை கோடு, சன்றாக அமைகிறது. முதல் 2—3 நாட்களுக்கு 100—300 கிராம் (6—8%) எடை குறைகிறது. இது கைமகவுக்கு சகஜமே. 4வது 5வது நாளிலிருந்து, எடை அதிகரிக்கிறது. மருத்துவமனையிலிருந்து விடுபடும் போது, இழந்த எடை மீண்டும் கிடைப்பதோடல்லாமல், எடை அதிகரிக்கவும் செய்கிறது.

முதிர்வுபெறாக்குழந்தையின் பராமரிப்பு;

கடந்த கால வரலாறு, மகப்பேறு பரிசோதனையின் போதான அகவய கணிப்பு, கைமகவைப் பரிசோதித்ததின் முடிவுகள் ஆகியவற்றைக் கொண்டு முதிரா நிலையின் தன்மையை நிர்ணயிக்க வேண்டும்.

முதிராக் கைமகவுகள் சோம்பிக் கிடக்கின்றன: தூங்கிக் கொண்டே இருக்கின்றன; அதன் அழுகுரல் பலவீனமாக உள்ளது. மூச்சுவிடல் மேலார்ந்தும்,சீரற்றும் இருக்கின்றது, அனிச்சைகள் முனைப்புடன் இல்லை. முதிரா நிலை பெருமளவில் இருந்தால்,உறிஞ்சு,விழுங்கு அனிச்சைகள் காணப்படுவதில்லை. தட்பவெப்பக்கட்டுப்பாடு போது மானதாக இல்லாததால், சுற்றுப்புற சூழ்நிலையைப் பொறுத்து, கைமகவின் உடல் வெப்பம் மாறுபாடடைகிறது. முதிராக்குழந்தைகளில் பாதிப்பின்னம பலவீனமாக இருக்கிறது. இதனால் கைமகவுகள், நோய் வாய்யப்படலாம். (இன்புளுயென்சா, நுரையீரல் அழற்சி, சீழ் சரும அழற்சி, சீழ்நிலை.)

முதிராக்குழந்தைகள் உயிர் வாழ்வது, அதன் பராமரிப்பையும், உணவூட்டத்



படம் 159. அடைகாப்பி

தையும் பொறுத்துள்ளது. முதிராக்கு ழந்தைகளை, குளிர்நிலையிலிருந்து பாதுகாக்க வேண்டும். கைமகவின் முதல் ஒப்பனை, துரிதமாக ''குழந்தை' வெப்ப மேசையில் (அடுப்புகள், வெப் பப்படுத்தப்பட்ட உடை அணிவிப்பு கள்) செய்யப்பட வேண்டும். அதன் பின்னர், குழந்தையை துணியாலும், கம்பளியாலும் போர்த்தி, விளக்கு அடுப்பின் கீழே வைக்க வேண்டும்.இனி யுமான ஒப்பனையின் போது, கூடுத லான வெப்பம் இருத்தல் வேண்டும்.

முதிராக் குழந்தைகளை அடைகாப் பியில் வைக்க வேண்டும். (படம் 159) அல்லது சுடு தண்ணீர் பைகள் கொண்ட சாதாரணத் தொட்டில்களையே பயன் படுத்தலாம். சுற்றுப்புற தட்ப வெப் பத்தையும், ஈரக்கசிவையும், தானாக வே கட்டுப்படுத்தும் சாதனங்கள் கொண்டதாக அடைகாப்பி அமைய வேண்டும்.

அடைகாப்பி இல்லாவிடில், சுடுதண் ணீர் (60° செ.) பைகள் சுற்றி வைக் கப்பட்ட சாதாரண தொட்டில்களி லேயே, முதிராக்குழந்தைகளை வைக் கலாம். குழந்தையின் இரண்டு பக்கங் களிலும் இரண்டு வென்னீர் பைகளை வைக்கலாம். கால்களுக்கிடையேயும் ஒரு பையை வைக்கலாம். கை கவி கீழே தண்ணீர் பையை வைக்கத் தேவை யில்லை. தண்ணீர்பைகளை, (உடனடி யாக இல்லாமல்) அடிக்கடி மாற்றிக் கொண்டிருக்க வேண்டும்.

மிகையான உடல் வெப்பத்திற்கு,

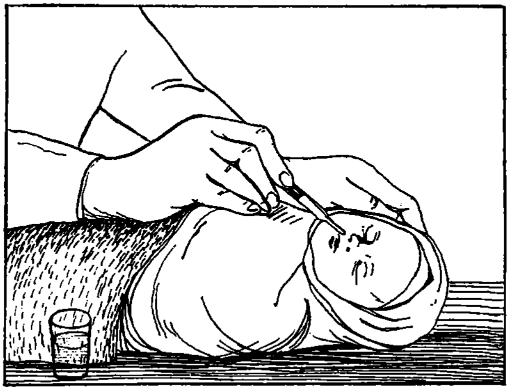
முதிரா கைமகவுகள், கூருணர்ச்சி கொண்டுள்ளன. மிகையாக வெப்பமடைந்தால், அவை நிலை கொள்ளாமல் இருக்கின்றன. உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. சருமம் சிவப்படைகிறது; வியர்வை தோன்றுகிறது; தண்ணீர் பைகளிலுள்ள தண்ணீரின் வெப்பத்தை அல்லது அடைகாப்பியின் வெப்பத்தைக் குறைக்க வேண்டும். குறைந்த எடையுள்ள கைமகவுகளை பஞ்சுத் துணியால் சுற்றி வைக்கலாம்.

முத்ராக் குழந்தைகளை நோய்த் தொற்றிலிருந்து, மிகவும் கவனமாக, பாதுகாக்க வேண்டும். தனி அறைகளில் வைத்திருந்தாலே போதுமானதாக இருக்கும். மகப்பேறு நிறுவனம் சிறியதாக இருந்தால், கைமகவுகளை தனி அறையில் வைக்க முடியாவிடில், அவர்களை, கண்ணாடித் திசைக்குப் பினே காப்பகங்களில் வைக்கலாம். முதிராக்குழந்தைகளைப் பராமரிக்கும் ஊழியர்கள், தொற்றற்ற மற்றும் தொற்றெதிர் நியதிகளை கட்டாயமாக பின்பற்ற வேண்டும்.

முதிராக் குழந்தைக்குக் கட்டாயமாக முலைப்பால் (தாயின் பால் மிகச் சிறந்தது) அளிக்கப்பட வேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும். முதிராத் தன்மையின் அளவுக்கூறு, பொது உடல் நலம், குழுந்தையின் உறிஞ்சு மற்றும் விழுங்கு அனிச்சைகள் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து பாலூட்ட நுட்பம் இருக்கிறது. முதிராக்குழுந்தை பிறந்த 4—6 மணி நேரங்களில், முதல் பாலூட்டம் அளிக்க வேண்டும். கைமகவின் சிறப்புத்தன்மைகளைப் பொறுத்து பாலூட்ட அட்டவணை அமைகிறது.

கைமகவின் எடை 2000—2500 கிராமாக இருந்தால் தினமும் 7—8 தடவைகளும், எடை 1500—2000 கிராமாக இருந்தால் தினமும் 8—10 தடவைகளும், எடை 1000—1500 கிராமாக இருந்தால் தினமும் 10—14 தடவைகளும் பாலூட்டப்பட வேண்டும் என ஏ.எப்ஃதுர் பரிந்துரைக்கிறார்.

படம் 160. கைமகவு பாலூட்டத்திற்கான கரண்டி

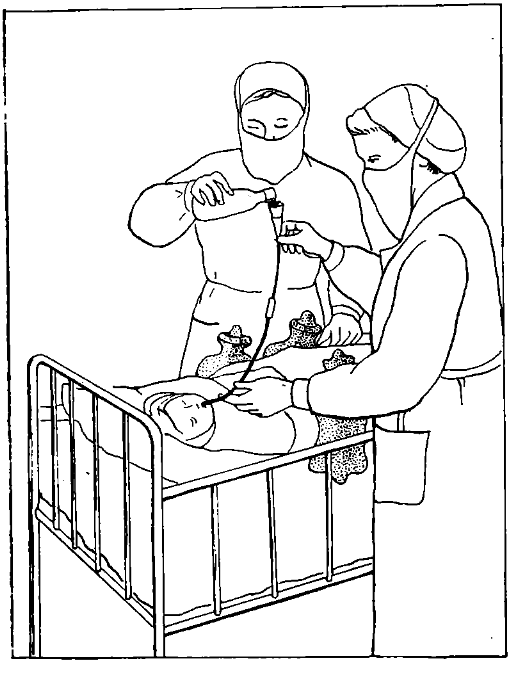


படம் 161. பிப்பெட் உதவியுடன் மூக்கின் வழியாகப் பாலைச் செலுத்துதல்

குழந்தை நன்றாக உறிஞ்சினால், உரிய நியதிகளைப் பின்பற்றி, தாய்ப்பால் ஊட்டப்படலாம். உறிஞ்சு அனிச்சை பலவீனமாக இருந்து, குழந்தையும் விரைவிலேயே களைப்படைந்தால், முலைப்பாலும், புட்டிப்பாலும் மாறி மாறித் தரப்படலாம். (ரப்பர் காம்பு மூலம்) ஆகவே, தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளை, குழந்தை முலைப்பால் அருந்துகிறது. குழந்தை வலுப்பெற்றவுடன், முலைப்பால் அடிக்கடி தேவைப்படுகிறது. இனியும் பாற்காம்பு தேவையில்லை. குழந்தை, முலையிலிருந்து பாலை பெறவில்லை அல்லது பாற்காம்பை எடுத்துக் கொள்வதில்லை யெனில், முலைப்பாலையே சுடவைத்து, ஒரு கரண்டியிலிருந்து சிறுசிறு பகுதிகளாக

கொடுக்கலாம். ஒரு சிறிய தேக்கரண்டி அல்லது நீண்ட கரண்டி கொண்டு பால் கொடுக்கலாம். (படம் 160) பாலூட்டப்படுவதற்கு முன்னரும் பின்னரும், குழந்தைக்கு மூச்சுவிட ஆக்ஸிஜன் கொடுக்க வேண்டும். மெலிந்த குழந்தைகளுக்கு பிப்பெட் கொண்டு பாலைக் கொடுக்கலாம். மூக்குக்கு அருகில் மேலு தட்டின் மேல் பாலைச் செட்டிடலாம். (படம் 161) மூக்கு மேற்தொண்டை வழியாக, புவி ஈர்ப்பு முறைப்படி, உணவுக் குழலினுள் பால் செல்கிறது.

உறிஞ்சவோ, விழுங்கவோ முடியாத குழந்தைகளுக்கு ஒரு துழாவி மூலம் பாலூட்டலாம். 13—15 எண்ணுடைய நெகிழ்வுள்ள உட்குழல் பயன்படுத்தப் படுகிறது. இந்த உட்குழல், ஒரு ரப்பர் குழாயால் ஒரு பெய் குழலுடன் இணைக் கப்படுகிறது. இது, குழவியின் உணவுக்



படம் 162. ஒரு துழாவி வழியாகப் பாலூட்டல்

குழலினுட் செலுத்தப்படுகிறது. (துழாவியின் நுனியில், சுத்தமான வாசலைன் எண்ணையைத் தடவி, வாயினுள் எளிதில் செலுத்தப்பட வேண்டும்.) உணவு குழாயினுள் இடைவிடாது நீர்தாரை போன்று பாலை ஊற்றினால் தான், காற்று இரைப்பையினுட் செல்லாது. (படம் 162)

உடல் வெப்பம், எடை, சரும நிலை, புலனுறுப்புக்கள், குடலின் பணிகள், பொது உடல் நலம், முதிராக்குழந்தையின் நடத்தை, ஆகியவற்றை முழுமையாக கணிக்க வேண்டும். முதிராக்குழந்தைகள், மகப்பேறு மருத்துவமனையில் 2 வாரங்களாவது தங்க நேரிடும். முதிராத்தன்மை அதிகமாக இருந்தால், குழந்தையை நீண்ட நாட்களுக்கு மருத்துவமனையில் வைக்க நேரிடும்.

மருத்துவமனையிலிருந்து விடுபடும் போது, எவ்விதம் முதிராக்குழந்தையை பராமரிப்பது பற்றி தாய்க்கு அறிவுரை வழங்க வேண்டும். முதிராக்கு ழந்தையின் வருகை பற்றி, அந்த மாவட்ட குழந்தை நோய் நிபுணருக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும்.

மூச்சுத் திணறல்

கருப்பையுள் மூச்சுத்திணறல்— கருப்பையுட் சிசு, தாயிடமிருந்து, நச்சுக் கொடி வழியாக தேவையான ஆக்ஸிஜனைப் பெறுகிறது. நச்சுக்கொடி வழியான ஆக்ஸிஜன் கடத்தல் தடை பட்டால், சிசுவுக்கு மூச்சுத்திணறல் ஏற்படுகிறது.

நச்சுக் கொடி வழி இரத்த சுழற்சியும், சிசுவின் வாயு பரிமாற்றமும் சீர்குலைவதால் உண்டாகும் சிக்கலான பிரசவமும், தாயின் பல்வேறு நோய்களும், மூச்சுத்திணறலைத் தோற்றுவிக்கின்றன.

கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலைகள் (சிறுநீரக நோய், எக்ளாம்ப்சியா), இரத்த மிகு அழுத்தம், இருதய, நுரையீரல்களின் தீவிர நோய்கள், தீவிர சோகை நோய், காய்ச்சலுடன் தோன்றும் நோய்கள் ஆகியவற்றின் போதும் மூச்சுத்திணறல் உண்டாகிறது.

அம்னியாடிக் திரவ இழப்பின் பின்னான நீண்ட நேர பிரசவம், நச்சுக் கொடி பிரிவு, தொப்பூழ் கொடி நசக்கப்படுவது, சிசுவின் உடலை, குழந்தைச் சுற்றிய முடிச்சுகள் சிக்கல்கள் ஆகியவையின் விளைவாக மூச்சுத்திணறல் உண்டாகலாம். பிட்ட உதயத்தின் போது—இங்கு தொப்பூழ் கொடி நசுக்கப்படுவது நிகழலாம்—மூச்சுத்திணறல் சகஜமாக நிகழ்கிறது. கருப்பையின் இடைவிடாத வலுவான சுருக்கங்களால், சிசுவுக்கு கிடைக்கும் ஆக்ஸிஜன் போதுமானதாக இல்லை.

பிறப்புப்பாதையில் சிசுவின் தலை நீண்ட நேரமாக அழுத்தப்படுவதால், மூளைக்கான இரத்த சுழற்சி தடைபட்டு, மூச்சுத்திணறல் ஏற்படுகிறது. கபால—கூபக முரண்பாட்டில், மூச்சுத்திணறல் மிகையாகக் காணப்படுகிறது. அனிச்சை முறைகளாலும்—சிசுவின் புறத் திருப்பம்—மூச்சுத் திணறல் ஏற்படலாம்.

சிசுவின் மூச்சுத்திணறலின் போது ஏற்படும் இரத்த சுழற்சிக் கோளாறால், பல இரத்தப்பெருக்குகள் ஏற்படலாம். உட்கபால குருதிப் பெருக்குக்கு பிரதானமான காரணம், மூச்சுத் திணறலாகும்.

கருப்பையுள் மூச்சுத்திணறலுககான, தெளிவான, இடைவிடாத வெளிப்பாடு சிசுவின் சீர்குலைந்த இருதயப் பணியாகும். அறிகுறிகள் வருமாறு:—1) இருதயத் துடிப்பு நிமிடத்திற்கு 160க்கும் மேலாக இருக்கும். (சகஜமான இருதயத்துடிப்பு 120—140 ஆகும்.) 2) இருதயத்துடிப்பு நிமிடத்திற்கு 110—100க்கும் குறைந்து விடுகிறது. கருப்பை வயிறு ஆகியவற்றின் சுருக்கங்களுக்கான இடைவெளியின் போது சகஜ நிலையை அடைவதில்லை. 3) இருதயலயம் சீர்கேடடைகிறது. 4) சிசுவின் இருதயத் தொனிகள் மந்தமடைகின்றன.

தலை உச்சி உதயத்தின் போது, அம்னியாடிக் திரவத்தில் மீகோனியம் (முதல் மலம்) காணப்பட்டால், அது, மூச்சுத்திணறலின் வெளிப்பாடாகும். (பிட்ட உதயத்தின் போது மீகோனியம் யாந்திரீக முறையில் வெளிப்படுகிறது. அம்னியாடிக் திரவத்தில் மீகோனியம் காணப்பட்டால், மூச்சுத்திணறலின் அறிச்சுத்திணறல் தோன்றும் போது, சிசுவின் துடிப்பான அசைவுகளும் காணப்படுகின்றன. இந்த இரண்டு அறிகுறிகளும் (மீகோனியம் காணப்படுவது, சிசுவின் துடிப்பான அசைவுகளும்) சிலபோது, நிச்சயமான மூச்சுத்திணறல் கேசுகளில் காணப்படுவதில்லை.

மூச்சுத்திணறலின் மிகத்தெளிவான, நிரந்தரமான அறிகுறி, சீர்குறைந்த இருதயப்பணியாகும். ஆகவே, சிசுவின் இருதயத் தொனிகளைக் கேட்டு, தோன்றப் போகும் மூச்சுத்திணறலைக் கண்டுபிடித்து, அதைத் தவிர்க்க ஆவன செய்ய வேண்டும். மூச்சுத்திணறலுடன் இணைந்த சீர்குலைந்த இருதயப்பணியைக் கண்டுபிடிக்க சிறந்த சாதனம் எலக்டரோபோனோகார்டியோகிராமாகும்.

இருதயப்பணியின் சீர்குலைவின் முதல், ஆனால் தெளிவற்ற, அறிகுறியைக் கண்டவுடன், மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க ஆவன செய்ய வேண்டும். சிசுவின் சகஜமான வாயுப்பரிமாற்றத்தைப் பாதிக்கும் தாயின் நோய் இருந்தால்

அல்லது வேறு ஏதோ காரணங்களால் பிரசவம் சிக்கலடைந்தால், வரப்போகும் மூச்சுத் திணறலைத் தவிர்க்க, முன் காப்பு முறைகள், அவசியமாகிறது. சிசுவின் மூச்சுத் திணறலைத் தவிர்க்க, அஸ்கார்பிக் அமிலமும், கால்சியம் குளோரைடும் கலந்த குளுகோஸைக் கொடுக்க வேண்டும் என வி.என்.க்மெலெவ்ஸ்கி கூறுகிறார். 40% குளுகோஸ் கரையத்தின் 40—50 மி.லி உடன் 2% அஸ்கார்பிக் அமிலக் கரையமும், 5—10 மி.லி. 10% கால்சியம் குளோரைடு கரையமும் சேர்த்து, மூச்சுத்திணறலின் துவக்கத்தில், சிரைமூலம் செலுத்தப்பட வேண்டும் என ஆசிரியர் கருதுகிறார். மேலும் 100கி. குளுகோஸில் 2கி. கால்சியம் குளோரைடு, 0.5கி. அஸ்கார்பின் அமிலம், 30 மி.கி. வைட்டமின் பி$_1$.நீர்த்த ஹைட்ரோகுளோரிக் அமிலம் 8 சொட்டுகள் ஆகியவற்றை, அரை குவளை தண்ணீரில் கரைத்து, வாய் வழியாகக் கொடுக்க வேண்டும்.

ஏ. பி. நிகோலேவின் கூற்றுப்படி, கீழ்க்கண்ட ''மூன்றும்'' மூச்சுத்திணறலை கட்டுப்படுத்துகிறது:—

மூச்சு உள்ளிழுக்க ஆக்ஸிஜன், சிரை ஊசியாக குளுகோஸ் தசை ஊசியாக கார்டிசோல் (கோரசோல்). இந்தப் பொருட்கள் அனைத்துமே, நச்சுக்கொடி வழியாக சிசுவிற்குச் செல்லுகின்றன. குளுகோஸ், ஆக்ஸிகரண நிகழ்வை துரிதப்படுத்துகிறது. மூளையின் ஆக்ஸிஜன் தேவையைக் குறைக்கிறது. ஆக்ஸிஜன் பற்றாக் குறையின் போது சிசுவைக் காப்பாற்றுகிறது. சிசுவின் நாள இயக்கக்கேந்திரத்தை கிளர்த்தி, கார்டியசோல், இரத்த சுழற்சி கோளாறுகளை அகற்றுகிறது. தாயால் உள்ளிழுக்கப்பட்ட ஆக்ஸிஜன், நச்சுக்கொடி வழியாக சிசுவின் இரத்தத்திற்குச் சென்று, உருவாகிக்கொண்டிருக்கும் மூச்சுத்திணறலை அகற்றுகிறது.

மூச்சுத்திணறலுக்கான முன்காப்பு முறைகள் வருமாறு:

1) ஒவ்வொரு ஐந்து நிமிட இடைவெளியில், 10 நிமிடங்களுக்கு கர்ப்பிணிக்கு உள்மூச்சு வழியாக, சிசுவின் இருதய தொனி நிலை பெறும் வரை, ஆக்ஸிஜனைச் செலுத்த வேண்டும்.

2) அதே, போது, 50 மி.லி. 40% குளுகோஸ் கரையத்தை சிரை வழியாக உட்செலுத்த வேண்டும். குளுகோஸை பானமாகவும் கொடுக்கலாம். (ஒரு குவளை சுடு தண்ணீரில் 50 கி. குளுகோஸைக் கலக்க வேண்டும்.)

3) கார்டியசோலை (1 மி.லி.10% கரையம்) தசை ஊசியாகச் செலுத்த வேண்டும்.

மேற்கூறியவற்றை மீண்டும் 1 மணி நேரங்கழித்துச் செய்ய வேண்டும்.

இந்த முறைகள் போதிய பலனளிக்காவிடில், பிரசவத்தைத் துரிதப்படுத்தி மூச்சுத்திணறலால் சிசு மரணமடைவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். ஒவ்வொரு தனிப்பட்ட கேசின் நிலையைப் பொறுத்து, பெண் எவ்விதம் பிரசவிக்க வேண்டும் என தீர்மானிக்க வேண்டும்.

பிறந்தவுடன் மூச்சுத்திணறல்:— பிறந்தவுடன் உண்டாகும் மூச்சுத்திணறலின் போது, இயற்கையான மூச்சு விடலே இராது; அல்லது பிறந்த குழந்தையில், சீரற்ற மூச்சால் உண்டாகும் அசைவுகள் காணப்படுகின்றன. (இருதய தொனிகள் கேட்கப்படுகின்றன)

இரண்டு வகையான மூச்சுத்திணறல்கள் பிரித்தறியப்படுகின்றன:—நீல நிற மூச்சுத்திணறல், வெளிர் மூச்சடைப்பு. முன்னது எளிய வகை; பின்னது மிகவும் ஆபத்தான வகையாகும். நீல நிற மூச்சுத்திணறலில் (லிவிடா வகை), குழந்தையின் சருமமும், சிலேட்

புதிய சிசுவை மதிப்பிடல் (அப்காரின் கிருத்திய வகை):

அறிகுறி	ஸ்கோர்		
	0	1	2
இருதயத் துடிப்பு	இல்லை	குறைவு (நிமிடத்திற்கு 100 துடிப்புகளுக்குக் கீழே)	நிமிடத்திற்கு 100—140 துடிப்புகள்
மூச்சுவிடும் திறன்	இல்லை	மெதுவாக, சீரற்று	நன்றாக உள்ளது சிசு அழுகிறது
அனிச்சை உறுத்தல்	பாதங்களின் உறுத்தலுக்குப் பிரதிவினை இல்லை	முகச்சுளிப்பு அசைவுகள் உண்டு	அசைவுகள் உண்டு, உரத்த குரல் அழுகை
தசை விறைப்புத் தன்மை	இல்லை	குறைந்துள்ளது	துடிப்பான அசைவு
சரும நிறம்	வெளீறிய அல்லது நீலம்	உடல்இளஞ்சிவுப்பு. கை கால்கள் நீலம்	முழுமையாக இளஞ்சிவப்பு

டுமமும் நீலமாக உள்ளது; குறைவான நாடித்துடிப்பு, பலவீனமான அனிச்சைகள், திருப்திகரமான தசை விறைப்பு. வெளிறிய மூச்சுத்திணறலில் (பல்லிடா வகை), சருமம் வெளிறி இருக்கும்; சிலேட்டுமம் நிலநிறமாக இருக்கிறது. பலவீனமான நாடித்துடிப்பு, அனிச்சைகள் இல்லாமல் போதல் (அல்லது பலவீன அனிச்சைகள்), தசை விரைப்பின்மை. பெரும்பாலான கேசுகளில் நீல மூச்சுத்திணறலை சீர் செய்ய முடியும். ஆனால் வெளிரிய மூச்சுத்திணறலில் (பல்லிடா) மரண விகிதம் மிகவும் அதிகமாக இருக்கிறது. குழந்தை பிழைத்திருந்தால் கூட, பின் விளைவுகள் உண்டாகின்றன: உட்கபாலக்குருதிப்பெருக்கால் இன்றியமையாத பணிகளின் சீர்குலைவு, நுரையீரல் அழற்சி; நுரையீரல்களின் சுருக்கம் முதலியன.

கடந்த சில ஆண்டுகளாக பிறந்த குழந்தையின் நிலையையும் மூச்சுத்திணறலின் தீவிரத்தையும், அப்காரின் ஸ்கோர் திடடம் கொண்டு, அளவிட முடிகிறது.

இருதயத்துடிப்பு, மூச்சுவிடல், அனிச்சைகள், தசை விறைப்பு, குழந்தையின் சருமநிறம் ஆகிய இன்றியமையாத அறிகுறிகளை, பிறந்தவுடனேயே மதிப்பீடு செய்வது நல்லது. ஸ்கோர் திட்டம் வருமாறு:—"2" என்றால் மிகச்சிறந்த அளவு. "1" என்றால் சராசரி. "0" என்றால் பிரதிவினை இல்லாமை. 10 முதல் 7 வரையான ஸ்கோர், ஒரு சுகாதாரமான குழந்தையைக் குறிக்கிறது;

ஓரளவான மூச்சுத்திணறல் 6—5; மத்திம வகை மூச்சுத்திணறல் 5; மிகக் கொடிய மூச்சுத்திணறல் 4ம் அதற்குக் கீழேயும், ஸ்கோர் ''0'' ஆக இருப்பின் மரணம் எனக் கொள்ள வேண்டும்.

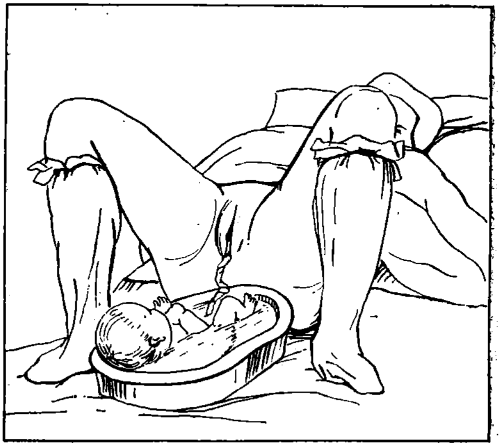
மூச்சுத்திணறலில் சீர்குலைந்த மூச்சு, சீர்குலைந்த இரத்த அழற்சி, மற்றும் பல சீர்குலைவுகள் ஆகியவற்றுடன், வளர்சிதை மாற்றச் சீர்கேடும் காணப்படுகிறது. பொதுவாக நீலநிறம் தோன்றுகிறது.

மூச்சுத்திணறலுடன் பிறந்த கைமகவை உயிர்ப்பித்தல்

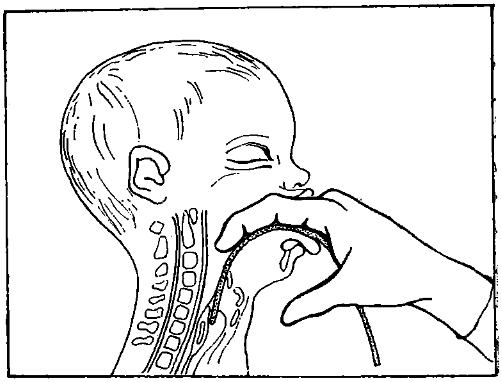
மூச்சுத்திணறலுடன் பிறந்த குழந்தைகளை உயிர்ப்பிக்க பல முறைகள் உள்ளன. மூச்சுத்திணறலைக் கட்டுப்படுத்த, பெரும்பாலான மருத்துவமனைகளில் கையாளப்படும் உத்தி வருமாறு:—

1) மூச்சுத்திணறலுடன் பிறிந்த குழவியை, வெப்பமான கொதிக்கும் (38—39° செ.) தண்ணீர் கொண்ட தொட்டியில் வைக்க வேண்டும். தாயின் விரிக்கப்பட்ட கால்களுக்கிடையே, கட்டிலின் மேல், தொட்டியை வைக்க வேண்டும். (படம் 163) துடித்துக் கொண்டிருக்கும் வரை, தொப்பூழ் கொடியை வெட்டக் கூடாது. ஏனெனில் தாயிலிருந்து சிசுவுக்கு ஆக்ஸிஜன் இன்னமும் போய் கொண்டிருக்கிறது. உயிர்ப்பித்தலின் போது குழந்தையை வெப்பமாகவே வைத்திருக்க வேண்டும். ஐ.எஸ். கென்சோன்கோ பரிந்துரைத்த முறையில் 100% வெற்றி கிடைப்பது அரிது.

2) மூச்சுத்திணறலின் போது உள்நுழைந்த சளி மற்றும் அம்னியாடிக் திரவம் ஆகியவற்றை, குழந்தையின் மேல் மூச்சுப் பாதைகளிலிருந்து அகற்ற வேண்டும். இதற்கு, ஒரு குமிழ் சிரிஞ்சு



படம் 163. மூச்சுத் திணறல் கொண்ட குழந்தை, வெப்பமான தண்ணீர்த் தொட்டியின் இருத்தல்



படம் 164. மூச்சுக் குழலிலிருந்து சளியை அகற்றுதல்

உபயோகிக்கப்படுகிறது. இந்த முறை மூலம் மூச்சுவிடல் துவங்காவிடில், மூச்சுக்குழலிலிருந்து சளியை அகற்ற வேண்டும். குமிழ் சிரிஞ்சுடன் சுத்தமான நெகிழ்வுத் தன்மை கொண்ட உட்குழலை இணைத்து, குமிழிலிருந்து காற்றை வெளியேற்ற வேண்டும். உட்குழல், மூச்சுக்குழலின் உள், செலுத்தப்படுகிறது. (படம் 164) ரப்பர் குமிழ் மீதான அழுத்தம் குறைகிறது. மூச்சுக்

குழலிலிருந்தும், பெரிய மூச்சுக்கிளைக் குழலிலிருந்தும் சளி அகற்றப்படுகிறது. நிறைய சளி இருந்தால், மீண்டும் மீண்டும் உறிஞ்சு இழுத்தல் கையாளப் படுகிறது. பெரும்பாலும் இந்த முறை பலனளிக்கிறது; குந்ழதை மூச்சுவிடத் துவங்குகிறது; அதன் தோல் இளஞ்சிவப்பு நிறமடைகிறது.

3) கைமகவு மூச்சுவிடத் துவங்கியும், மூச்சுவிடல் சீரற்று மேலெழுந்து வாரியாக இருந்தால், குழந்தையின் பின் தலை மீதும் மார்பின் மீதும் குளிர்ந்த தண்ணீர் தெளிக்கப்படுகிறது. வெளிரிய மூச்சுத்திணறல் நிலையிலிருந்து நீல நிற மூச்சுத்திணறல் நிலைக்கு குழந்தை வரும் போதும், தண்ணீர் தெளிக்கப் படுகிறது.

4) மூச்சுத்திணறலுடன் பிறக்கும் எல்லாக்குழந்தைகளுக்கும் உடனடியாக சரும அடி ஊசியாக 0.2—0.3 மி.லி. 10% காஃபீன் கரையம் கொடுக்கப் படுகிறது; 5% சோடியம் பை கார்பனேட்டும் (5—8 மி.லி.), 10% குளுகோஸ் கரையமும் (10—15 மி.லி.), சிரை வழியாக செலுத்தப்படுகிறது. சிரை வழி ஊசி மருந்துகள், ஒரு டாக்டரால் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

தொப்பூழின் துடிப்பு நின்றவுடன், அது வெட்டப்படுகிறது; குழந்தைக்கு முதல் மேனி ஒப்பனை கொடுக்கப்படுகிறது. வெப்பமான துணிகளால் மூடப் படுகிறது.

5) மிகக்கொடூரமான மூச்சுத்திணறலில், இந்த முறைகள் பலனளிக்காது. கைமகவுக்கு, செயல் முறை சுவாசம் அளிக்கப்பட வேண்டும். வெற்றிகரமாக செயல் முறை சுவாசம் அளிக்க பல கருவிகள் உள்ளன. இந்தக் கருவி, சுற்றுப்புறக் காற்று அல்லது ஆக்ஸிஜனும் காற்றுமான ஒரு கலவை உள் செல்வதைக் கட்டுப்படுத்துகிறது. இந்தக் கருவி கொண்டு செயற்கை முறை சுவாசத்தின் போது நுரையீரல்கள் விரிவடைந்து, வாயுப்பரிமாற்றம் துவங்குகிறது. இந்த [முறை மூலம் நரம்பு நுனிகளும் தூண்டப்படுகின்றன. சுவாசக்கேந்திரம், அனிச்சையாகத் தூண்டப்பட்டு, தானாகவே சுவாசம் துவங்குகிறது.

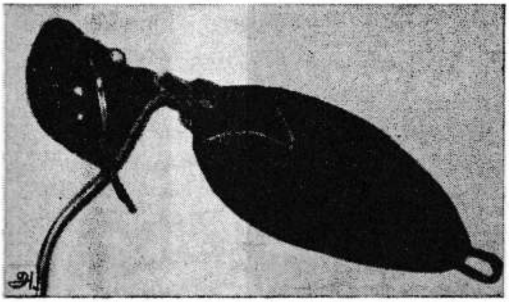
செயற்கை முறை சுவாசத்திற்கான கருவிகள் பல்வேறு மாதிரிகளில் கிடைக்கின்றன. இவை வாயு முகமூடிகளாக இருக்கலாம். துவக்கத்தில் குழாயை உட்செலுத்துவதற்கான கருவியாக இருக்கலாம். முந்தியதில் ஒரு முகமூடி, (குழந்தையின் வாயையும் மூக்கையும் மறைக்க) குழந்தையின் |மூச்சுப்பாதைகளினுள் காற்றைச் செலுத்த ஒரு ரப்பர் பை (படம் 165 அ) உள்ளன. இந்தக் கருவியை, கை கொண்டே இயக்கலாம்.

படம் 165ல் காணப்படும் ஒரு கருவி, செயற்கை [முறை நுறையீரல் சுவாசத்தை உறுதி செய்கிறது. காற்று அல்லது காற்று-ஆக்ஸிஜன் கலவையை (1:1) துல்லியமாக வழங்குகிறது.

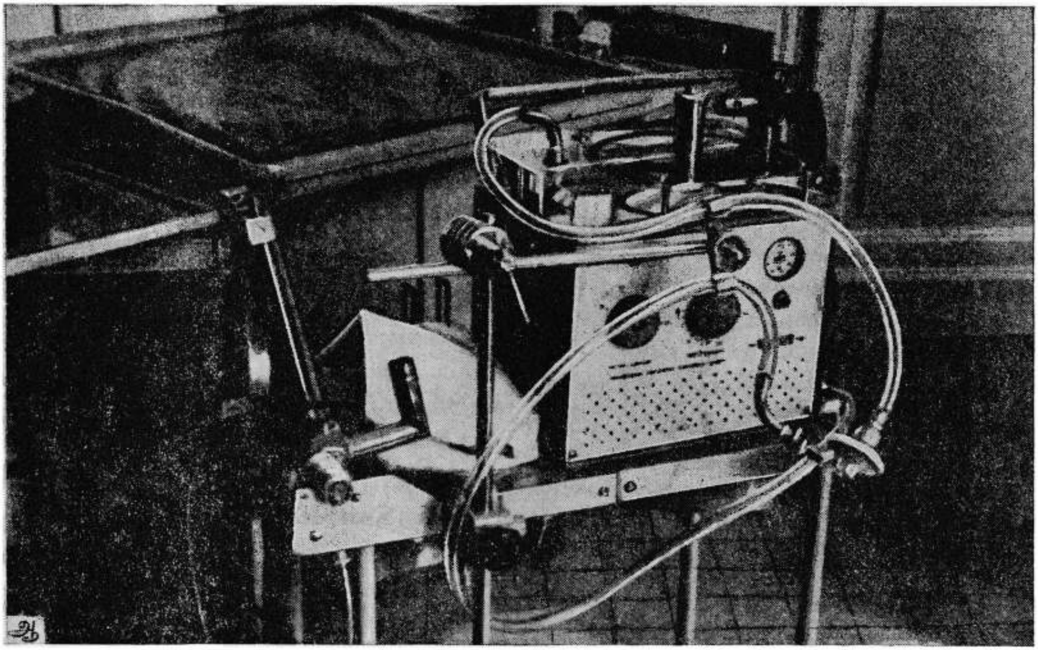
30—40 மி.லி. அளவில், 20—40மி.மி. தண்ணீர் என்ற அழுத்தத்தில், நிமிடத்திற்கு 20—25 என்ற விகிதத்தில் காற்று, உட்செலுத்தப்படுகிறது.

இந்தகைய கருவி உடனுக்குடன் கிடைக்காவிடில் "வாயிலிருந்து வாய்க்கு" என்ற முறையைப் பயன்படுத்தலாம்; அல்லது பழங்கள் முறைகளான கைமகவின் மார்பு அமுக்கப்பட்டு முனைப் பற்ற முறையில், காற்று, நுரையீரல்களின் உட்செல்ல ஊக்குவிக்கும்—கையாளலாம்.

குழந்தையின் வாயின் மேல் ஒரு ஈரமான தொற்றற்ற வலைத்துணியை வைத்த பின்னர் "வாயிலிருந்து வாய்க்கு" மூச்சை (நிமிடத்திற்கு 20—30 தட

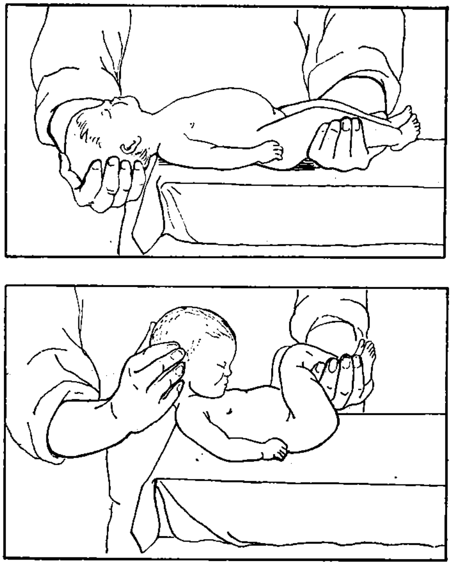


படம் 165. செயற்கைமுறை சுவாசித்தற்கான கருவி
அ) வாயு முகமூடி
ஆ) வைடா 1. செயற்கைமுறை நுரையீரல், சுவாசத்திற்கான கருவி

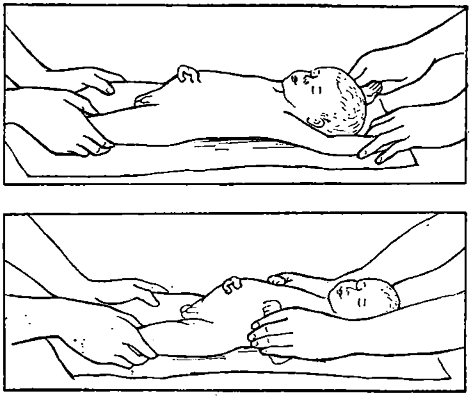


வை) உட்செலுத்தலாம். இந்த முறையில் குழந்தைக்கு கிருமி பாதிப்பு ஏற்படும் அபாயம் உள்ளது.

யாந்திரீக முறையில் மார்பை அமுக்கி, விரியச் செய்யும் முறை, தற்காலத்தில், அபூர்வமாகவே கையாளப்படுகிறது. ஏனெனில் அது எதிர்பார்த்த பலனளிக்கவில்லை. சொகலாவ் முறைவருமாறு: டாக்டரின் ஒரு கை, குழந்தையின் கால்களைப் பற்றுகிறது; மற்ற கை; பின்தலையின் அடியில் வைக்கப்படுகிறது. (படம் 166அ) கால்கள் வயிற்றின் மீது மடக்கப்படுகின்றன. அதே போது, தலையை மார்பின் மேல் மடக்க வேண்டும். இது போன்று நிமிடத்திற்கு 20—30 தடவைகள் செய்ய வேண்டும். சில்வஸ்டர் முறைப்படி, தொற்று நீக்கப்பட்ட துணி விரிக்கப்பட்ட மேசையின் மீது குழந்தை வைக்கப்படுகிறது. குழந்தையின் கைகள்



அ



ஆ

படம் 166. பிறந்த குழந்தையை உயிர்ப்பித்தல்
அ) சொகலாவ் முறை
ஆ) சில்வஸ்டர் முறை

தலைக்கு மேல் உயர்த்தப்படுகின்றன. (உள்மூச்சு) பின்னர், மார்பின் மீது அழுத்தப்படுகிறது. (வெளிமூச்சு) செவிலியர், குழந்தையை அதன் கால்களால் பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். (படம் 166 ஆ) நிமிடத்திற்கு 20—30 தடவைகள், இந்த முறை, செய்யப்படுகிறது.

மூச்சுத்திணறலுடன் பிறந்த குழந்தைகள், மூளையிலும், பிற உறுப்புக்களிலும் குருதிப்பெருக்குடன் காணப்படலாம். ஆகவே எல்லா செயல் முறைகளும் மிகுந்த கவனத்துடன் செய்யப்படவேண்டும்.

3 மி.லி. 10% கால்சியம் குளோரைடு கரையமும் 5—7 மி.லி. 40% குளுகோஸ் கரையமும், மூச்சுத்திணறலுடன் பிறந்த குழந்தையின் தொப்பூழ் தமனியில் செலுத்தினால் பலன் கிடைக்கும் என எல்.எஸ். பெர்சியநினாவ் கூறுகிறார். இதிலும் பலன் கிடைக்காவிடில் 30—40 மி.லி. இரத்தம், தமணி வழியாகச் செலுத்தப்படலாம்.

உயிர்ப்பிக்கப்பட்ட குழந்தைகள், முழுமையாக கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். அவர்களுக்கு மீண்டும் மூச்சுத்திணறல் ஏற்படலாம்; அல்லது உட்கபால குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம்.

பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும் கைமகவுக்கு ஏற்படும் காயங்கள்

அசாதாரண பிறப்பின் போது, பல்வேறு வகையான காணங்கள் குழந்தைக்கு ஏற்படுகின்றன. எலும்புகளின் இடம் பெயர்வு, முறிவு; இரத்தக்கட்டி, ஓரளவான செயலிழப்பு, முழுமையான செயலிழப்பு; முதுகெலும்புக் காணங்கள், இன்னபிற, பிரசவத்தின் போதான காணங்களில், கபால உட்காயமே அடிக்கடி நிகழும் ஒன்றாகும்.

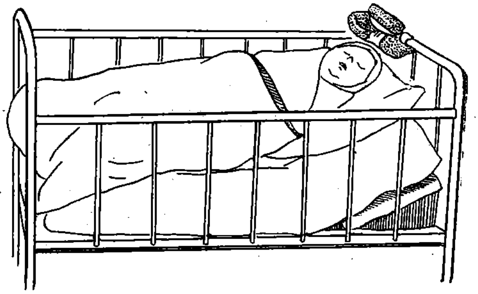
குருதிப் பெருக்கு, பெருமூளைப்படலங்களில், முகுளத்தில், வெண்டிரிக்கிள்களில் இடமடைவது, உட்கபாலக் காயங்களின் ஒரு அறிகுறியாகும். அபூர்

வகேசுகளில், குருதிப்பெருக்கு எதுவுமின்றியே மூளை அமுக்குவதால் காயம் உண்டாகிறது. மூச்சுத் திணறலால் ஊக்குவிக்கப்பட்ட குருதிப்பெருக்கால், உட்கபாலக்காயம் உண்டாகிறது. மூச்சுத்திணறலும், பிறப்புப்பாதையின் சுவர்களால் சிசுத்தலை அமுக்கப்படுவதும் தான், உட்கபாலக்காயங்கள், அடிக்கடி நிகழக் காரணமாகும். சிக்கலான, தகாத முறையிலான செய்முறைகளும், பிரசவத்தின் உட்கபால, மற்றும் காயங்களுக்கும் காரணமாக அமைகின்றன.

பிரசவித்த உடனேயோ அல்லது பின்னரோ (2வது 3வது நாளில்) உட்கபாலக்காயங்களின் மருத்துவ அறிகுறிகள் வெளிப்படுகின்றன. காயத்தின் தன்மையையும், குருதிப்பெருக்கின் அளவையும் பொறுத்து, அறிகுறிகள் அமைகின்றன.

குழவியின் கிளர்த்தலே துவக்க அறிகுறியாகும். குழந்தை அமைதியற்றுள்ளது. எப்போதாவது அழுகிறது; தானாகவே அசைகிறது. பொதுப்படையான வலிப்புகளும் அல்லது தனித்தனியான தசைகளின் (முகத்தசை) வலிப்புகளும் தோன்றலாம். கிளர்த்தலைத் தொடர்ந்து மந்த நிலை உண்டாகிறது; குழந்தை அழுவதை நிறுத்துகிறது; விருப்பமின்றி முலையை உறிஞ்சுகிறது; அல்லது முலைக்காம்பைத் தொடுவதே இல்லை. மூச்சுவிடல் சீரற்று மெதுவாக இருக்கிறது; நாடித்துடிப்பு, மெதுவாகவும்,லயமற்றும் உள்ளது.சருமம் வெளிறி அல்லது நீல நிறமாக இருக்கிறது. கை, கால்கள் குளிர்ந்து இருக்கின்றன. உடல் வெப்பம் குறைகிறது அல்லது அபூர்வமாக குறுகிறது.

முதிராக் குழந்தைகளில், உட்கபாலக் காயங்களின் அறிகுறிகள் ஓரளவாகவே உள்ளன. வலிப்புகளும், கிளர்த்



படம் 167. உட்கபாலக் காயத்துடன் தொட்டிலில் குழந்தை; தலை, சிறிதே உயர்த்தப்பட்டுள்ளது. தலையின் மேலாக ஒரு ஐஸ் பை தொங்குகிறது.

தலும் எப்போதாவது தோன்றுகின்றன. குழந்தை உடல் நிலையில் காயம் வெளிப்படைகிறது. (சீரற்று மூச்சுவிட, உடல் நீலநிறமடைதல், குறைந்த உடல் வெப்பம், விறைப்புத்தன்மை இல்லாமை, சீரற்ற முறையில் உறிஞ்சலும் விழுங்குதலும்) உட்கபால காயங்கள் பலமாக இருந்தால், குழந்தையின் மரணமடைகிறது.

உரிய கவனம் செலுத்தப்பட்டால், உட்கபாலக்காயங்களுடன் பிறந்த குழந்தைகள் பலர், பிழைத்து விடுகிறார்கள். உட்கபால குருதிப்பெருக்கை நிறுத்துவதில் தான், சிகிச்சை இருக்கிறது. இதற்கு குழந்தையை அமைதியாக வைத்திருக்க வேண்டும். உடலின் மேற்பகுதி சிறிது உயரமாக இருக்கும்படி, குழந்தையைப்படுக்க வைக்க வேண்டும். ஐஸ்கட்டிகளால் நிரப்பப்பட்ட ஒரு பையை, குழந்தைக்கு மேலாகத் தொங்கவிட வேண்டும். அது, தலையின் அருகில் தொங்கிக் கொண்டு, தலையைத் தொடாமல் இருக்க வேண்டும். (படம் 167) குழந்தை, நன்கு துணிகளால் போர்த்தப்பட்டிருக்க வேண்டும். அதன் கால்களின் அருகே சுடுதண்ணீர் (60°

சருமபாதிப்பு, மிக்ககொடிய நோயான ''பெம்பிகஸில்'' முடியலாம். குழந்தை பிறந்த 1—2 வாரங்களில் நோய் உண்டாகிறது. பட்டாணி அளவிலான பெருங் கொப்புளம், சருமத்தில் தோன்றுகிறது. அதனுள் உள்ளதிரவம் தெளிவாக இருக்கிறது. பின்னர் சீழாக மாறுகிறது. பிரமாதமான, பொதுப்படையான கோளாறுகள் எதுவுமின்றியே நோய் துவங்குகிறது. சிகிச்சை:—நோயிடத்தில் எதிர் உயிர் மருந்துகள், 70% அல்கஹால், ஒளிர்பச்சை முதலியன. அவசியமிருந்தால் ஹைட்ரோகார்டிசோன் களிம்பு தடவப்படுகிறது.

தொப்பூழின் வியாதிகள்: தொப்பூழ் காயம் சீரடைந்தவுடன் ஒரு அழற்சி பிரதிவினை உண்டாகி, செந்நீரிய திரவம் வெளிப்படுகிறது. (நீர்கோப்பு, உந்தி அழற்சி) சிகிச்சை:—70% அல்கஹால்; 5% பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரையம். உரிய காலத்தில் சிகிச்சை அளிக்காவிடில் மேலெழுந்த வாரியாக சிறுமணி இழயங்கள் (காளான) வளர்ச்சியடைகின்றன. காளானுக்கு.

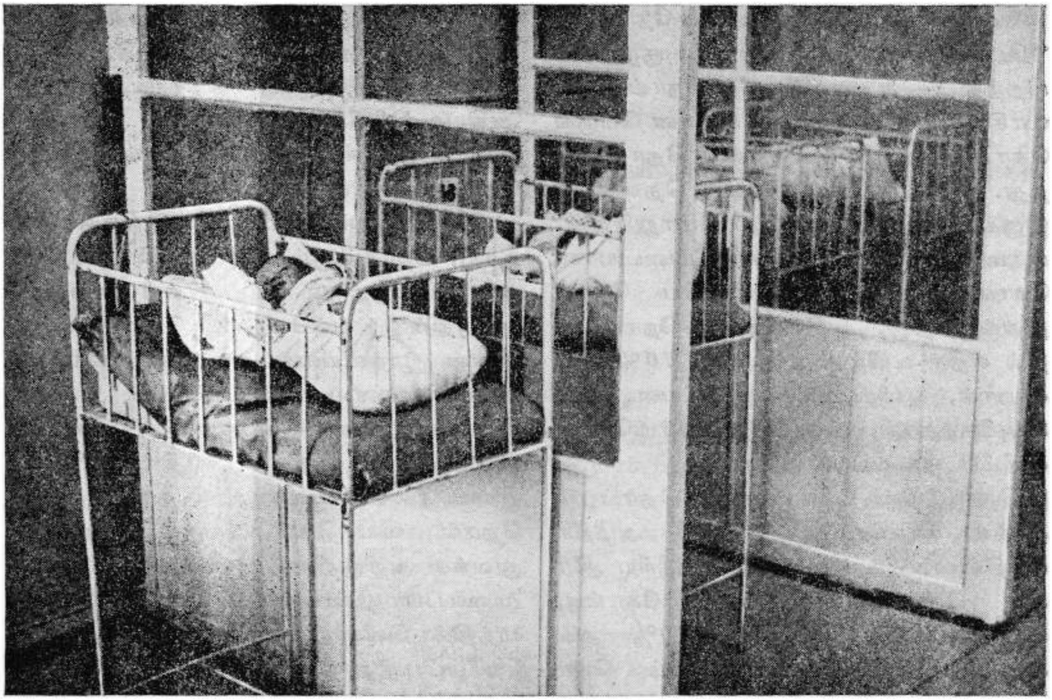
சிகிச்சை:—ஹைட்ரஜன் பெராக்சைடு கொண்டு கழுவுதல்; வெள்ளி நைட்ரேட் பென்சில் கொண்டு அல்லது கிருமி எதிர் பவுடர் கொண்டு (சல்பாடிமெசின், பெனிசில்லின்) பூசுதல். சீழ் கொண்ட உந்தி அழற்சி தோன்றினால், சுற்றுப்புற சருமம் சிவந்து, ஊடுருவல் உண்டாகிறது. நோய் பாதிப்பு, நாளங்கள் வழியாகப் பரவுகிறது. பெரிடோனிய அழற்சி, சீழ் தொற்று போன்ற சிக்கல்கள் தோன்றலாம். சிறப்பு கிளினிக்கில், குழந்தை நோய் மருத்துவரால் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். எதிர் உயிர் மருந்துகள், காமா குளோபுலின், நோயிட சிகிச்சை முதலியன.)

சீழ்பிடிப்பு:—நோயிடகுவியம், (சீழ் சரும அழற்சி, உந்தி அழற்சி முதலியன) மூச்சுப் பாதைகள், (நாசியழற்சி, நுரையீரல் அழற்சி), குடல்கள், (குடலழற்சி) ஆகியவற்றிலிருந்து பரவும் நோயூக்கும் கிருமிகள், மண்டல வியாதியைத் தோற்றுவிக்கின்றன.

நோய்வாய்ப்பட்ட குழந்தைகள், தாய், நோயூக்கும் கிருமிகளின் கடத்திகளான மருத்துவ ஊழியர்கள், சுற்றுப்புறத்தின் பல்வேறு பொருட்கள், லினன் முதலியன, நோயின் மூலமாக அமைகின்றன. சீழ்ப்பிடிப்பின் முன்னோடிகளாவன:—மெதுவாக எடை அதிகரிப்பு, சோகை எதிர்க்களிப்பு, இமை இணைபடல அழற்சி, நாசி அழற்சி தோல் வியாதிகள், உந்தி அழற்சி. துவக்க அறிகுறிகளாவன: பசியின்மை, முலைப்பாலுண்ணாமை, வாந்தி, சருமத்தின் வெளிறிய அல்லவு நீல நிறம்.

சீழ்பிடித்த நிலையில் கூட குழந்தை, தட்பவெப்பத்துக்கான பிரதிவினை இல்லாமல் இருக்கிறது. குழவியின் பொது நிலை பெரிதும் சீர்குலைகிறது; திசுக்களின் நெகிழ்வுத்தன்மை குறைகிறது. குழந்தை எடை இழக்கிறது; தோல் வெளிறியோ, சாம்பல் நிறமாகவோ, மஞ்சளாகவோ இருக்கலாம். வயிற்றுப்போக்கும், சிரம மூச்சும் உண்டாகிறது. குழந்தை வாந்தி எடுக்கிறது; கல்லீரலும் மண்ணீரலும் வீக்கமடைகின்றன. சருமப்பொரிப்புகள் தோன்றுறன. ஓரளவான வெள்ளணுப்பெருக்கும், அல்லது வெள்ளணுக்குறைவும் தோன்றுகின்றன. சீழ்குவியங்களின் (நுரையீரல் அழற்சி, செவி அழற்சி முதலியன) தோற்றத்தின் மூலம், சீழ்பிடிப்பைத் தெரிந்து கொள்ளலாம்.

சிறப்பு கிளினிக்கில் குழந்தை நோய் நிபுணரால் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். (எதிர் உயிர் மருந்துகள், காமாகுளோபுலின், இரத்தம், பிளாஸ்



படம் *168.* தொற்றும் நோய்கொண்ட குழந்தைகள்

மா உட்செலுத்துதல், வைட்டமின்கள், குளுகோஸ் கொடுத்தல் இன்னபிற).

தொற்றும் நோய்கள், குறிப்பாக கீழ்கொண்ட, உந்தி அழற்சியும் சீழ்பிடிப்பும், குழந்தைக்கு ஆபத்தாக இருப்பதோடல்லாமல் மற்ற குழந்தைகளுக்கும் நோய் பரவலாம். ஏனெனில் சரியாக தனிமைப்படுத்தாவிடில், நோய் பாதிப்பு; கொள்ளை நோயாக மாறுகிறது.

பொதுச் சுகாதாரம் மற்றும் துப்புரவு சம்பந்தமான நியதிகள் மீறப்படும் மகப்பேறு மருத்துவமனைகளில், இத்தகைய கொள்ளை நோய்கள் உண்டாகலாம். மகப்பேறுத்துறை உரிய முறையில் நிர்வகிக்கப்பட்டு, குழந்தைகளுக்கு போதிய பராமரிப்பு அளித்தால், தொற்றும் நோய்கள் தோன்றும் வாய்ப்புகள் இல்லை.

(5,9,11, பிரிவுகள் பார்க்கவும்) உரிய காலத்தில் தாயையும், சேயையும் தனிமைப்படுத்துவது முக்கியமாகும்.

நோய்பாதிப்பின் அறிகுறிகளுடன் கூடிய பிரசவித்த பெண் (மிகையான உடல் வெப்பம், நாசி அழற்சி, இருகல், மேற்தொண்டையில் குருதித்திரட்சி முதலியன), மற்ற சுகாதாரமான பெண்களிலிருந்து தனிமைப்படுத்தப்பட வேண்டும். தங்களது குழந்தைகளுக்குப் பாலூட்டும் போது கைகளையும், முலையையும் நன்கு கழுவி, வலைத்துணி முகமூடி அணிய வேண்டும். குழந்தையில் நோயின் முதல் அறிகுறி தோன்றியவுடன், அதை உடனடியாக தனி

மைப்படுத்த வேண்டும். இதற்கென தனி அறைகள் இருத்தல் வேண்டும். (படம் 168) இந்த அறையில் மருத்துவ ஊழியர்களுக்கும் குழந்தைக்கும் தேவைப்படும் எல்லாப் பொருட்களும் இருத்தல் வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணில், நச்சுப்பாதிப்புகள் காணப்பட்டால், மகப்பேறு மருத்துவ மனையில் புதிய நோயாளிகளைச் சேர்க்கக்கூடாது. தொற்று நீக்குவதற்கான எல்லா வழிகளும் பின்பற்றப்பட வேண்டும். தனியார் துறையில் பணிபுரியும் டாக்டர். குழந்தைகளில் நோய் காணப்பட்டால், உடனடியாக உரியவர்களுக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும்.

அத்தியாயம் 13

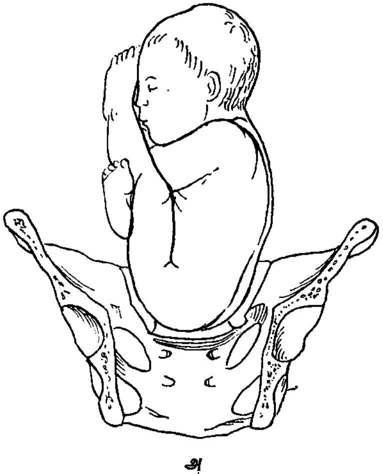
குண்டி உதயம் (பிட்டத் தோற்றம்)

கர்ப்பிணிகளில் 3.5%, குண்டி உதயம் தோன்றுகிறது. பெரும்பாலான கேசுகளில் குண்டிப்பிறப்பு சகஜமாகவே இருக்கிறது. ஆனால் நிகழும் பல்வேறு சிக்கல்களால் தாயும், சேயும் பாதிக்கப்படுகின்றனர். மூச்சுத்திணறல், பிரசவக் காணங்கள், மரித்துப்பிறப்பு ஆகியவை குண்டிபிறப்பில் தோன்றுகின்றன. இந்த நிலையில், குண்டி உதயத்தை, சகஜ நிலைக்கும், நோய் நிலைக்கும் இடையேயான ஒன்று, எனக் கொள்ள வேண்டும்.

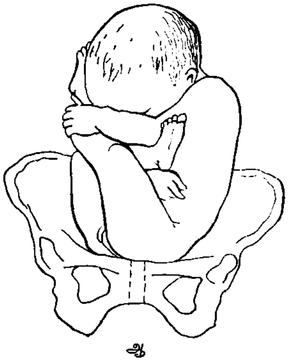
குண்டி உதயங்களின் வகைகள்

குண்டி உதயங்கள் கீழ்க்கண்டவாறு வகைப்படுத்தப்படுகின்றன:—1) உண்மையான குண்டி உதயம் 2) முழுமையான குண்டி உதயம் 2) கால்களின் தோற்றம்.

1) உண்மையான குண்டி உதயத்தில், கால்கள் நீட்டப்பட்டு இருக்கின்றன. வயிற்றின் மேல் தொடைகள் மடக்கப் பட்டுள்ளன. உருண்டையான குண்டி, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் காணப்படுகிறது. (படம் 169)



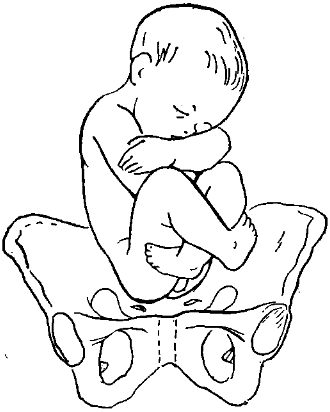
அ



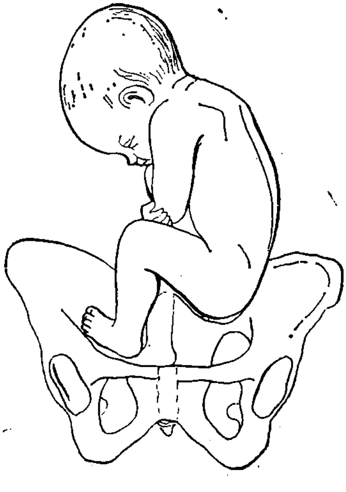
ஆ

படம் 169. உண்மையான குண்டி உதயம்
அ) இடது திரிகம் முன்புறத்தில்
ஆ) இடது திரிகம் பின்புறத்தில்

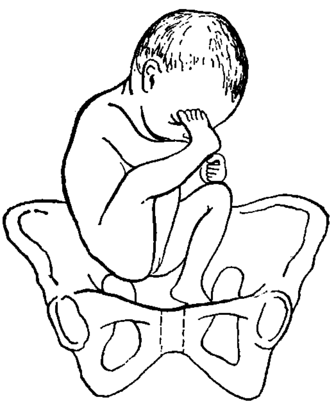
2) முழுமையான குண்டி உதயம். தொடைகள் வயிற்றின் மீது மடக்கப் பட்டுள்ளன. கால்கள் தொடைகளின் மீது மடக்கப்பட்டுள்ளன. சிசுவின் கீழ் பகுதி மட்டத்தில், பிறப்புப்பாதை யில், பாதங்கள் காணப்படுகின்றன. (படம் 170)



படம் 170. முழுமையான குண்டி உத யம்; வலது திரிகம் பின்புறமாக



படம் 171. கால்களின் உதயம். இரட் டைப்பாதங்கள் இடதுமுன்புறத் தோற் றம்



படம் 172. ஒற்றைப் பாதம். வலது பின் புறத் தோற்றம்.

3) கால்களின் தோற்றம், இரட்டை என் றும், ஒற்றை என்றும் பிரிக்கப்படுகிறது. (படம் 171, 172) பிறப்புப்பாதையில் ஒரு பாதமோ, இரண்டு பாதங்களோ தோற்றுவதைப் பொறுத்து, இவ்வாறு பிரிக்கப்படுகிறது. அபூர்வமான கேசுக ளின் ஒன்று அல்லது இரண்டு தொடை களும் நீட்டப்பட்டுள்ளன. கால்கள் மடக்கிலே உள்ளன. இதன் விளைவாக, ஒன்று அல்லது இரண்டு முழங்கால்க ளும் தோன்றுகின்றன. பிரசவம் நிக ழும் போது, இந்த வகை, பாதத் தோற்ற வகையாக மாறுகிறது.

கால்களின் உதயத்தை விட, உண் மையான, முழுமையான குண்டி உத யம், இரண்டு மடங்கு அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. இரண்டு பாதத் தோற்றத்தை விட, ஒரு பாதத்தோற் றம் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.

குண்டி உதயத்தின் காரணங்கள் தெ ளிவாக இல்லை.

குறைப்பிரசவத்திலும், கருப்பையின் குறைந்த விறைப்புத் தன்மை கொண்ட பல மகவு என்ற பெண்களிலும், ஒன் றுக்கு மேற்பட்ட கருத்தரிப்புகளி

லும், குண்டி உதயம் அடிக்கடி நிகழ்கிறது.

சிசுத்தலை, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியினுள் நுழைவதைத் தடை செய்யும் அம்சங்களும் மிக முக்கியமானவையாகும்:—நச்சுக் கொடித்தோற்றம்; கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் மையோமாக் கணுக்கள், கருப்பையின் அசாதாரண அமைப்பு. அம்னியாடிக் திரவத்தின் பற்றாக்குறையால், சில சமயங்களில், சிசுதனது அசையும் தண்மையை இழந்து தலைகீழ் நிலையை அடைய முடியாத கட்டம் உண்டாகிறது.

குண்டி உதயத்தின் நிர்ணயம்

கர்ப்பிணியின் புற மற்றும் யோனிப் பரிசோதனைகள் மூலம், குண்டி உதயம் நிர்ணயம் செய்யப்படுகிறது.

வயிற்றைத் தொட்டுப் பார்க்கும் போது மென்மையான உருண்டையான (ஒரே சீரற்ற) உதயப்பகுதியை, கூபக நுழை வாயில் மட்டத்தில் (அல்லது கூபக நுழைவாயிலில் தொட்டுத் தெரியலாம். உதயப்பபுதியை குலுக்க முடியாது. கருப்பையின் உச்சியில் தலையைத் தொட்டுணரலாம். அதைக் குலுக்க முடிகிறது. உருண்டையாக, திடமாக, உள்ள அந்தப்பகுதியை, நடுக்கோட்டிற்கு இரண்டு பக்கத்திலும் தள்ள முடிகிறது. தாயின் தொப்பூழுக்கு மேலே, பிட்ட உதயத்தின் போது, சிசுவின் இருதயத்தொனிகளை கேட்க முடியும். சிலபோது தொப்பூழ் மட்டத்தில் அதன் ஒரு பக்கங்களிலும் (நிலையைப் பொறுத்து) கேட்க முடிகிறது.

குண்டி உதயத்தின் போது, கருப்பையின் உச்சி மட்டம் மேலே இருக்கிறது.

தொட்டுப் பார்க்கும் முறைமூலம், கூபகத்தையும் தலையையும் உறுதிப்படுத்துவது எப்போதுமே எளிதல்ல. யோனிப்பரிசோதனை அவசியமாகிறது. எனினும், இந்த முறைகள் தவறிவிட்டால், எக்ஸ்கதிர் அல்லது புற ஒலிப் பரிசோதனை அவசியமாகிறது. (வண்ணப்படம் 4)

யோனிப்பரிசோதனை: பிரசவத்தின் போது, குறிப்பாக பனிக்குடம் உடைந்த பின், கருப்பைக் கழுத்து அகலமாக திறந்திருக்கும் போது, யோனிப்பரிசோதனை மூலம் உதயப்பகுதியை நிச்சயமாக நிர்ணயிக்க முடியும்.

பருமனான மெல்லிய பகுதியைத் தொட்டுப் பார்த்தல் மூலம் உண்மையான குண்டி உதயத்தை நிர்ணயம் செய்ய முடியும். இந்தப் பகுதியில் இஸ்கியப்புடைப்புகள் மற்றும் திரிகம், வால் எலும்பு, குதம் அல்லது பாலுறுப்புக்கள் ஆகியவற்றை அடையாளம் காணலாம். சிசுவின் காலைப் பரிசோதிக்கும் விரலால் கவட்டையை தெரிய முடியும். முழுமையான குண்டித் தோற்றத்தில் குண்டிகளின் பக்கத்தில் பாதம் இருப்பதைத் தொட்டுத் தெரிய முடியும்.

தொட்டுப்பார்த்தல் மூலம் திரிகத்தைத் தெரிந்து கொண்டால் சிசுவின் முதுகின் நிலையை நிர்ணயிக்க முடியும்.

தோற்றப்பகுதியின் வீக்கம், பெரிய அளவில் இருக்க முடியும். அனுபவமில்லாத மகப்பேறு டாக்டர், முகத்தைக் குண்டியெனத் தவறாக முடிவு செய்யக்கூடும். எனவே இறுதியாக நிர்ணயம் செய்ய திரிகம், வால் எலும்பு, கவட்டை அல்லது கால் ஆகியவற்றை அடையாளம் காண வேண்டும். குத அல்லது பால் உறுப்புப்பகுதியை, அதற்கு ஊறுநேராதபடி, கவனமாகத் தொட்டுப் பார்க்க வேண்டும்.

யோனிப்பரிசோதனை மூலம் பாதத் தோற்றத்தை எளிதில் நிர்ணயம்

செய்ய முடியும். கைக்கும் காலுக்கும் இடையான கீழ்வரும் வேறுபாடுகளை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்: பாதத்தில் குதியங்கால் எலும்பு உள்ளது; விரல்கள் ஒரே மாதிரியாகவும் குட்டையாகவும் இருக்கின்றன. முதல் விரலை பிரிக்கவும் அசைக்கவும் முடியாது. அதே போது உள்ளங்கையின் கட்டை விரலை எளிதில் மடக்க முடியும். விட்டமான அசையக்கூடிய முட்டுச்சிப்பி இல்லாததைக் கொண்டு முழங்கையை, முழங்காலிருந்து பிரித்துத் தெரிய முடியும். முட்டுச்சிப்பியின் நிலை, சிசுவின் நிலையைச் சுட்டிக்காட்டுகிறது. இடது தோற்றத்தின் போது முட்டுச்சிப்பி இடது பக்கம் நோக்கியுள்ளது. வலது தோற்றத்தின் போது முட்டுச்சிப்பி வலது பக்கம் நோக்கி இருக்கிறது.

குண்டி உதயத்தில், கர்ப்பமும், பிரசவ நுட்பமும்

குண்டி உதயத்தில், கர்ப்பமும், தலைத்தோற்றத்தில் கர்ப்பமும் எந்த விதத்திலும் மாறுபட்டதல்ல. சுகாதார நியதிகளையும், போஷாக்குத் தேவைகளையும் பின்பற்றி சகஜ வாழ்வு நடத்த கர்ப்பிணிகள் பரிந்துரைக்கப்படுகிறார்கள்.

குண்டிப்பிறப்பு பெரும்பாலும் சிக்கல்கள் கொண்டிருப்பதை நினைவில் கொண்டு, புறச்சுழற்சி மூலம் சிசுவின் உதயத்தை மாற்ற முடியும் என சில ஆசிரியர்கள் கருதுகின்றனர். (பின்வரும் பக்கங்களில் காண்க) சிசுவின் புறசுழற்சிக்கான வழி முறைகளை, பி.ஏ. அர்கங்கெல்ஸ்கியும், எம்.பி.டிரப்கோவிச்சும் விவரித்தனர். அத்தகைய செய்முறைக்கு சாதக, பாதக அம்சங்களையும் எடுத்துக் காட்டினர். சிசுவின் சுழற்சி, மரித்த பிறப்பைக் குறைப்பதாக ஆசிரியர்கள் கூறினர். கர்ப்பத்தின் 35—36 வது வாரத்தில், சிசுவை புறசுழற்சிக்கு உட்படுத்த வேண்டும் என பரிந்துரைத்தனர். புறச்சுழற்சியால் சிசுவுக்கு ஊறுவிளைவிக்க முடியும் என்பதைக் கவணத்தில் கொள்வது அவசியமாகும். ஆகவே மகப்பேறு டாக்டர்கள், ''கர்ப்பிணி உடற்பயிற்சிகள் செய்து சிசுவின் நிலையை மாற்ற முடியும்'' எனக் கருதினர் (ஐ.ஐ. கிரிஷ் சென்கோ, ஐ.எஃப். டிகான்).

உடற்பயிறசிகள் பின்வருமாறு: கர்ப்பிணி படுக்கையில் படுத்துள்ளாள்;ஒரு பக்கத்தில் இருந்து மற்றொரு பக்கத்துக்கு 10 நிமிட இடைவெளியில் 3—4 தடவை புரண்டு படுக்கிறாள். இப்பயிற்சி தினமும் மூன்று தடவை செய்யப் படுகிறது. கருப்பையினுள் போதிய அளவில் அம்னியாடிக் திரவம் இருந்து கருப்பையின் அமைப்பும் முறையாக இருந்தால், முதல் 7 நாட்களுக்குள் சிசு தலை கீழாக மாறுகிறது. இது தவறி விட்டால், குண்டிப்பிறப்பு நிர்ணயமாகிறது.

குண்டிபிறப்பு பொதுவாக வெற்றிகரமாகவே முடியும். ஆனால் சிக்கல்களும் தோன்றலாம். இவற்றால் சிசுவும், சில போது, தாயும் பாதிக்கப்படலாம்.

பிரசவத்தின் முதல்கட்டம் (விரிவடை கட்டம்), முறையாகவே இருந்த போதிலும் சிக்கல்களும் தோன்றலாம். அடிக்கடி நிகழ்கின்ற, ஆபத்தான சிக்கல், ஆம்னியாடிக் திரவம் **சீக்கிரமாகவோ, உரியகாலத்திற்கு முன்னதாகவோ** வெளிப்படுவது தான். இந்தச் சிக்கல் பெரும்பாலும், பாத உதயங்களில் தான், ஏற்படுகின்றது. தலையை விட கால் பக்கம் சிறியதாக இருப்பதால், அது கூபகத்தின் கீழே இறங்கும் போது, பிறப்புப்பாதையின் சுவர்களுடன் அவன் தொடர்பு முழுமையாக இல்லை. அத

னால் நிலை பெறும் கோட்டில் அடைப்பு இல்லை. ஒவ்வொரு சுருக்கத்தின் போதும், திரவம் கருப்பையின் கீழ்ப் பகுதிக்குத் தள்ளப்பட்டு, படலங்கள் விரிவடைகின்றன. திரவத்தின் அழுத்தம் அதிகரிக்கும் போது, படலங்களால் அதை எதிர்க்க முடியாமல், உரிய காலத்திற்கு முன்னரே உடைந்து விடுகின்றன. அம்னியாடிக் திரவம் வெளியேறிய உடன், தொப்பூழ்கொடி வெளியே துருத்துகிறது. குண்டித் தோற்றத்தில் இவ்விதம் நிகழ்வது, 5 மடங்கு அதிகமாக இருக்கிறது. ஆனால் தலை உதயத்தில், தொப்பூழ் கொடி வெளியே துருத்தினால், அது குழந்தைக்கு மிகவும் ஆபத்தானது. குண்டி உதயத்தில், துருத்தி வெளிவரும் தொப்பூழ் கொடி அமுக்கப்படலாம். எனவே மூச்சுத்திணறலும், சிசுமரணமும் நடக்கக்கூடியதாகும்.

குண்டி உதயத்தில், குறிப்பாக அம்னியாடிக் திரவம் விரைவில் உரிய காலத்திற்கு, முன்னதாக வெளிப்பட்டால், பிரசவம் மந்த நிலையடைகிறது. கருப்பைக்கழுத்து மெதுவாகவே விரிவடைகிறது. இடுப்புகள் கூபகநுழைவாயில் நீண்ட நேரம் தங்கி விடுகின்றன.

குண்டி உதயத்தில், வெளியேற்று கட்டம் சில சிறப்புப்பண்புகள் கொண்டுள்ளன. சிசுவின் பெரிய பகுதியான தலை, முதலில் வெளிவருவதற்குப் பதிலாக, கடைசியில் வெளிவருகிறது. சிசுவின் இடுப்புகள் தான், பிறப்புப் பாதையில் முதலில் நிலை பெறுகின்றன. அவை, உடலின் குறைந்த பருமனாக இருப்பதால், தோள்களும், தலையும் வெளிப்படும் அளவுக்கு பிறப்புப்பாதையை விரிவடையச் செய்ய முடியவில்லை. சிசுவின் தோள்கள், கூபகத்தில் நிலை பெறும் போது, கைகள் பின் தங்கி, வரவிருக்கும் தலையை அமுக்குகிறது. தலை வெளிவருவது, கால தாமதமடைகிறது. சிசு உடலின் மேற்பகுதியும், தலையும் கூபகத்தைக் கடக்கும் போது, தொப்பூழ் கொடி அமுக்கப்படுகிறது. உடலின் மேற்பகுதியும் தலையும் வெளிவருவது 3—5 நிமிடங்களுக்கு மேல் தாமதமானால், மூச்சுத்திணறல் ஏற்படுகிறது. இத்தகைய சிக்கல்கள், பெரும்பாலும் பாதத்தோற்றங்களில் உண்டாகின்றன. ஏனெனில், வெளிவரும் கால்களால், பிறப்புப்பாதையை, தேவையான அளவுக்கு, விரிவடையச் செய்ய முடியாது.

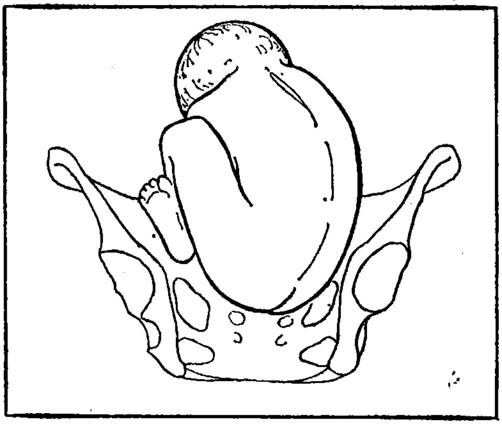
குண்டிப்பிறப்பின் இயக்க நுணுக்கம்

துண்டிப்பிறப்பில், சிசுவின் சில அசைவுகளே, இயக்க நுணுக்கமாகும்.

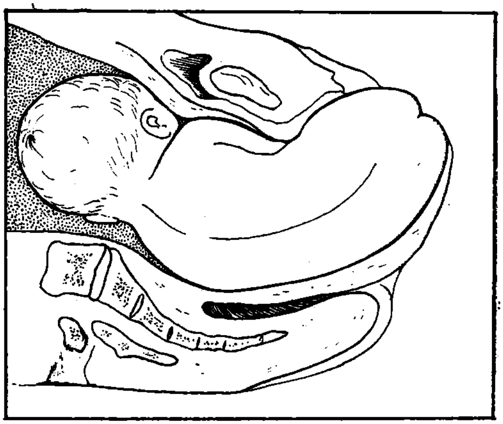
1) சிசுவின் இடுப்புகள் கூபகத்தின் உள்ளே நுழைவதால், தொடை எலும்புடைப்பிடை விட்டம், தாயின் கூபகத்தின் ஒரு சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. (படம் 173) பின்வரும் குண்டிக்குக் கீழே முன்வரும் குண்டியுடன் சிசுவின் இடுப்புகள், தாயின் கூபகத்தினுள் இறங்குகின்றன. முன்புற குண்டியே, முன்னேறும் புள்ளி எனக்கருதப்படுகிறது. அதன் மேல் ஒரு வீக்கம் தோன்றுகிறது.

2) கூபக உருளையினுள் குண்டிகள் சுழல்கின்றன. கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது. முன்புற குண்டி பூப்பெலும்புடன் ஒட்டியுள்ளது. பின்புறக்குண்டி திரிகத்தை நோக்கி இருக்கிறது. (முன்புற, பின்புறக்குண்டி என்னும் போது, பூப்பிணைப்பை நோக்கி இருப்பது முன்புறக் குண்டி எனவும், திரிகத்தை நோக்கி இருப்பது பின்புறக்குண்டி எனக் கொள்ளவும்.—மொ—ர்)

3) குண்டிகள் மகுட நிலையை அடை



படம் 173. இடுப்புகள், சிறிய கூபகத்தினுள் இறங்குகின்றன. (பிரசவத்தின் முதல் அசைவு)



படம் 174. உடலின்பக்கவாட்டு வளைவு இடுப்புகள் வெளிவருகின்றன. (பிரசவத்தின் மூன்றாவது அசைவு)

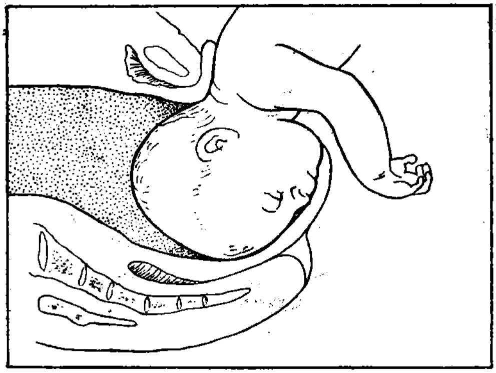
கின்றன. முன்புறத்தது முதலில் வெளிப்படுகிறது; சிசுவின் இலியாக் எலும்புகள், பூப்பெலும்பு வளைவை ஒட்டி உள்ளன. அது ஒரு நெம்புகோல் போன்று பணி புரிகிறது. இதைச்சுற்றி, சிசுவின் தலை மிகையாக மடங்கியுள்ளது. (படம் 174) பின்புற குண்டியும் வெளிவருகிறது. முழுமையான குண்டி உதயத்தில், கால்களுடன் குண்டிகளும் வெளிப்படுகின்றன. உண்மையான குண்டி உதயத்தில், உடல் வெளிவந்தவுடன், கால்கள் வெளியே துருத்துகின்றன. உடலின் கீழ்ப்பகுதி வெளிப்பட்டவுடன், அது நீட்டப்படுகிறது; சில சுருக்கங்கள், தொப்பூழுக்கும், தோள்பட்டைகளின் கீழ்கோணங்களுக்கும் சென்று முதுகு பின்புறமாக இருக்கும்படி உடல் சற்றே திரும்புகிறது.

4) தோள்களின் குறுக்கு விட்டம், தாய் கூபகத்தின் சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. (குண்டிகள் செல்வாதப் போன்றே) ஆனால் பின்னர் திரும்பி, கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இனைகிறது. (படம் 175) முன்புற தோள் பூப்பிணைப்பின் அடியில் வருகிறது. பின்புறத் தோள், விடபத்தின் மேலாக வெளிவருகிறது. மார்பின் மீது மடங்கியுள்ள கை தானாகவே வெளிப்படுகிறது, அல்லது மகப்பேறு செயல் முறைகளால் விடுவிக்கலாம்.

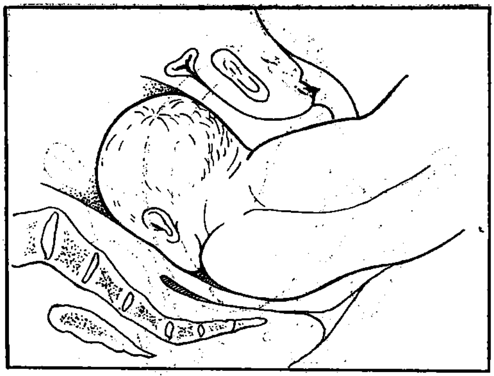
5) மடங்கிய தலை, கூபகத்தின் சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. (இடுப்புகளும் தோள்களும் வெளிப்படும் பகுதிக்கு எதிரே) தாயின் கூபகக் குழிவில், பின்தலை முன்புறமாகவும் (பூப்பெலும்பின் பக்கமாக) முகம் பின்புறமாகவும் சுழல்கிறது. தலை, தனது பின்புற கபால குழிவுடன், பூப்பு வளையத்தை ஒட்டியுள்ளது; இங்கு பூப்பெலும்பு நெம்பு கோலாக பணிபுரிகிறது. (படம் 176)

முதலில் மோவாய், அடுத்து முகம், முன்தலை, உச்சந்தலை, பின்தலை வெளிவருகின்றன. குண்டிப்பிரசவத்தில், தலை, பின்தலை அடி முன்னுச்சிக்குழி விட்டத்தில், வெளிப்படுகிறது. தலை, துரிதமாக வெளிப்படுவதால், வார்ப்படைவதில்லை. அதனால் தலை உருண்டையாக உள்ளது.

பிரசவத்தின் இயக்க நுணுக்கம்,



படம் 175. தோள்களின் முழுமையான திருப்பம். தோள்கள், கூபக வெளிவாயிலின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது. (பிரசவத்தின் 4வது கட்டம்)

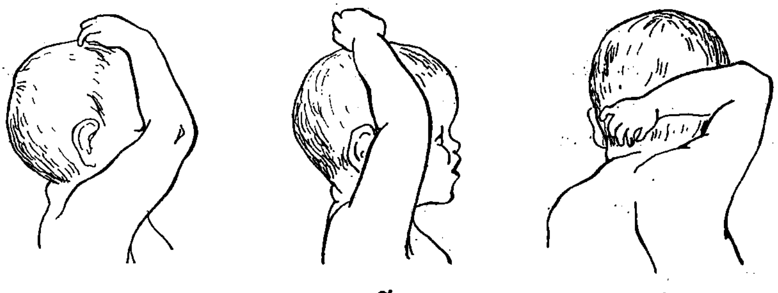


படம் 176. பின்வரும்தலை வெளிவருகிறது. (பிரசவத்தின் 5வது அசைவு)

பாதத் தோற்றத்தைப் போன்றே உள்ளது. ஒரே வேறுபாடு என்னவெனில், பிறப்புறுப்புப்பிளவிலிருந்து ஒன்று அல்லது இரண்டு பாதங்களும் வெளிப்படுகின்றன. முன்தெரிவது முன்புறக் காலாகும். (பூப்பிணைப்பின் அருகே) கால், முழங்கால் வரை வெளி வந்து விட்டால், குண்டிகள் கூபகத்தினுள் நுழைகின்றன. இனிவரும் இயக்க நுட்பம், உண்மையாக மற்றும் முழுமையான குண்டித் தோற்றத்தைப் போன்றே உள்ளது.

குண்டிப்பிறப்பில் பல சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. இவை தாய்க்கும், சேய்க்கும் பாதகமாக உள்ளன.

1) முக்கியமான சிக்கல்களில் ஒன்று கைகளின் நீட்டமேயாகும் கைகள் ஒரு பக்கமாக திரும்பி, முகத்தின் பக்கமோ, தலையின் பக்கமோ, பின்தலையின் பக்கமோ நீட்டப்படுகின்றன. (படம்



அ ஆ இ

படம் 177. மேற்கை நீட்டப்படுதல்
அ) முதல் வகை ஆ) இரண்டாவது வகை இ) மூன்றாவதுவகை

177) தலையின் விட்டத்தை மட்டும் ஒப்பிடும் போது தலை மற்றும் கைகள் ஆகியவற்றின் பருமன் அதிகமாக இருக்கிறது. பிரசவம் வெற்றிகரமாக முடிய முடியாது. இந்தப் பெண்ணுக்கு உரிய சமயத்தில் உதவி அளிக்காவிலில், சிசு மூச்சுத்திணறலால் மரணமடைகிறது.

2) சகஜமான பிரசவத்தின் போது, சிசுவின் முதுகு முன்புறமாகத் திரும்புகிறது. (முன்புறத் தோற்றம்) சில கேசுகளில், முதுகு பின்புறமாகத் திரும்புகிறது. (பின்புறத் தோற்றம்)

பிரசவத்தின் போது, சிசுவின் பின்புற நிலை, தானாகவே முன்புற நிலையாக மாறலாம். இப்படி நிகழாவிடில் பிரசவம் தாமதப்படலாம். தலை மடக்கப் பட்டிருந்தால், மூக்கின் பாலம் பூப்பிணைப்பின் மீது இருந்தால், பின் தலை விடபம் மேலாக, வெளிப்படுகிறது. சில கேசுகளில், மிகவும் அபாயமான சிக்கல் உண்டாகிறது. அதாவது திரும்பிய தலையின் மோவாய், பூப்பிணைப்பின் மேல் தடைபட்டுள்ளது. (படம் 178) உடனடியாக மகப்பேறு மருத்துவ

படம் 178. தலை திரும்புகிறது. மோவாய், பூப்பிணைப்பால் தடைபட்டுக் கிடக்கிறது.

உதவி அளிக்காப்படாவிடில் சிசு, மூச்சுத்திணறலால், மரணமடைகிறது.

பாதத் தோற்றத்தின் போது, பிரசவத்தை நடத்துதல்

குண்டி உதயம் என்ற நிர்ணயமாகிவிடில், மகப்பேறு உதவி கிடைக்கும் வகையில், மகப்பேறு மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டு, அவள் பிரசவிக்க வேண்டும்.

குண்டிப்பிறப்பை நடத்தும் போது கீழ்க்கண்ட நியதிகள் பின்பற்றப்படவே வேண்டும்.

அ) பிரசவத்தின் போது, தாய்க்கும் சேய்க்கும் முழுமையான கண்காணிப்பு இருக்க வேண்டும். ஆ) உரிய சிகிச்சை தரப்பட வேண்டும். இ) ஏதாவது சிக்கல்கள் நேர்ந்தால், பிரசவிக்கும் பெண்ணுக்கு தேவையான உதவி அளிக்கப் பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தின் போது (விரிவு நிலை), சீக்கரமாகவோ, உரிய காலத்திற்கு முன்போ பனிக்குடம் உடைவதைத் தவிர்க்க வேண்டும். இந்தக்காலகட்டம் பூராவிலும், கர்ப்பிணி படுக்கையிலேயே இருக்க வேண்டும்; மலங்கழிக்கவும் சிறுநீர் பெய்யவும் படுக்கைத்தாலம் தயாராக இருக்க வேண்டும். கருப்பையின் மந்த நிலையின் போது, கருப்பைத் தசைகள் சுருங்கும் வகையில் போதிய மருந்துகள் தரப்பட வேண்டும். அம்னியாடிக் திரவம் கருப்பையிலிருந்து வெளியேறிய உடன், யோனிப்பரிசோதனை செய்து நோய் நிர்ணயம் செய்யப்பட்டு, தொப்பூழ் கொடி துருத்தப்படுவதைத் தவிர்க்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தின் போது நல்ல பராமரிப்பு தேவைப் படுகிறது. சிசுவின் நிலை, இடைவிடாது

கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். சிசுவின் இருதயத் தொனிகள் கேட்கப்பட்டு எண்ணப்பட வேண்டும். மூச்சுத் திணறலைத் தடுக்க அவசர அவசிய முறைகள் (ஆக்ஸிஜன் கொடுத்தல், களுகோசையும், அஸ்கார்பிக் அமிலத்தையும் சிரை வழியாகச் செலுத்துதல், தசை ஊசியாக கார்டியசோல்) மேற் கொள்ளப் பட வேண்டும். குண்டித் தோற்றத்தின் போது, யாந்திரீக முறையில் மீகோனியம் வெளிப்படுகிறது. மீகோனியம் வெளிப்படுவது, மூச்சுத்திணறல் அபாயத்தைக் குறிப்பிடாது. கருப்பை உள் மூச்சுத்திணறலின் பிரதான அறிகுறி, இருதயத்தின் சீர்குலைந்த பணியாகும். கருப்பைக் கழுத்தின் இறுக்கத்தைத் தவிர்க்க 1 மி.லி. அட்ரோபின் சல்பேட் (1:1000)டும், 1மி.லி. 1% பாபாவைரைன் கரையமும், பிரசவத்தின் இருக்கும் பெண்ணுக்குக் கொடுக்கப்படலாம்.

இடுப்புகளில் ''மகுடம்'' துவங்கியவுடன், அவளது கூபகம் கட்டிலின் விளிம்பில் இருக்கும்படி அளைப்படுக்க வேண்டும். இதற்கு, ராக்மனோவின் படுக்கையின் கீழ்ப்பகுதி மடிக்கப்பட்டு தலைப்பக்கமாக வைக்கப்பட வேண்டும். ராக்மனோவின் படுக்கை கிடைக்காவிடில், சாதாரணப் படுக்கையில் கிடத்தி, கூபகப்பகுதி படுக்கை விளிம்பில் இருக்கும்படி செய்ய வேண்டும். விரிக்கப்பட்ட கால்களை, ஸ்டூல்கள் மேல் வைக்க வேண்டும்.

குண்டிப்பிறப்பில் 4 கட்டங்கள் உள்ளன:

1) சிசுவை, தொப்பூழ் வரை வெளிப்படுத்துதல். 2) தொப்பூழிலிருந்து தோல் பட்டை எலும்புகளின் கீழ் கோணம் வரை சிசுவை வெளிப்படுத்துதல். 3) மேற்கைகளை வெளிப்படுத்துதல். 4) தலையை வெளிப்படுத்துதல்.

சிசு, தொப்பூழ் வரை வெளியேற்றப்படும் போது, தலை கூபகத்தில் நிலை பெறுகிறது. தொப்பூழ் கொடி, இப்போது, அமுக்கப்படுகிறது. ஒரு சில நிமிடங்களில் பிரசவம் முடியாவிடில், சிசுவுக்கு மூச்சுத்திணறல் உண்டாகிறது. 10 நிமிடங்களுக்கு மேலாக தொப்பூழ்கொடி அமுக்கப்பட்டால், சிசு இறந்துபடுகிறது. ஆகவே, சிசு, தொப்பூழ்வரை வெளிப்படும் போது, எதிர்பார்த்த சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். சகஜமான பிரசவத்தின் போது, உடலின் மேற்பகுதியும், தலையும் உடனடியாக வெளிப்படுகிறது. அறுவைத் தலையீடு அவசியமில்லை. 2—3 நிமிடங்களில் பிரசவம் முடிவடையாவிடில் (இரண்டு, மூன்று சுருக்கங்கள்) உடல், தொப்பூழ் வரை வெளிப்பட்ட பின்-கைகொண்டு அளிக்கும் உதவி தேவைப்படுகிறது.

உண்மையான குண்டிப்பிரசவத்தின் போது கையாலான உதவி (த்ஸோவ்யனோவ் முறைப்படி)

என். ஏ. த்ஸோவ்யனோவ் விவரித்த முறைப்படி உண்மையான குண்டிப்பிரசவந்தை கையாலான உதவி கொண்டு நடத்துவது, மகப்பேறு மருத்துவத்துறையில் பரவலாகக் கையாளப்படுகிறது. இதனால் மரித்த பிறப்பு விகிதம் குறைந்து வருகிறது. சிசு உடலின் பல பகுதிகளுக்கிடையேயுள்ள உறவை பாதுகாப்பதை அடிப்படையாகக் கொண்ட இந்த முறையால், நீட்டிய கைகள், அல்லது தலைத் திருப்பம் போன்ற சிக்கல்களைத் தவிர்க்க முடிகிறது. சகஜமான உண்மையான குண்

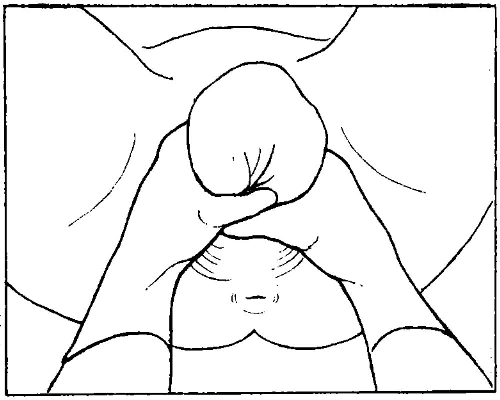
டித் தோற்றத்தில், கால்கள் உடலை யொட்டி நீட்டியுள்ளன. இவை, மடக்கிய கைகளை சிசுவின் மார்பின் மீது அழுத்துகின்றன. நீட்டிய கால்களின் பாதங்கள் முகத்தை அடைந்து, மார்புக்கு எதிராக மோவாய் தொடும்படி தலையின் மடக்கலை ஊக்குவிக்கிறது.

பரிந்துரைக்கப்பட்ட முறைப்படி, உடலை ஒட்டியுள்ள நீட்டிய கால்களால்—இவை உடலை அழுத்துகின்றன—சிசுவின் பகுதிகளின் சகஜ அமைப்பு பாதுகாக்கப்படுகிறது. கால்கள் உரிய நேரத்திற்கு முன்னர், வெளிப்பட அனுமதிக்கப்படுவதில்லை.

பின்வரும் தலையை அனுமதிக்கத் தேவையான, பிறப்புப்பாதை விரிவை உண்டாக்க, உடலின் பல்வேறு உறுப்புக்களின் சகஜ அமைப்பு முக்கியமானது. மார்பின் மீது மடக்கப்பட்ட கைகளும், நீட்டப்பட்ட கால்களும் கொண்ட உடலின் சுற்றளவு, தலையின் சுற்றளவை விட அதிகமாக இருக்கிறது. (42 செ.மீ.) (32—34 செ.மீ) ஆகவே தலை, எவ்வித சிரமமுமின்றி வெளிப்படுகிறது.

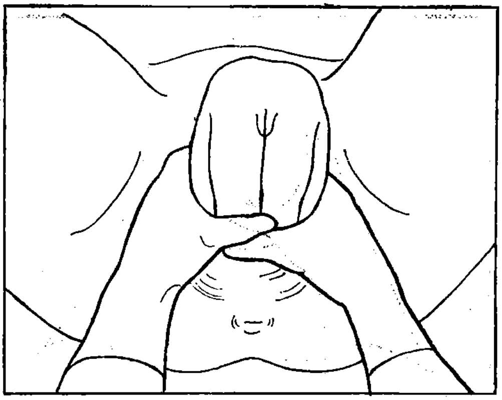
உண்மையான குண்டித்தோற்றத்தில் த்ஸோவ்யனோவ் குறிப்பிட்ட கையாலான உதவி பின்வருமாறு:—

சிசுவின் இடுப்புகள் வெளிவந்தவுடன், அவை கைகளால், பின்வருமாறு, கைப்பற்றப்படுகின்றன: வயிற்றின் மேல் மடக்கப்பட்ட கால்களை கட்டை விரல்கள் அழுத்துகின்றன. இரண்டு கைகளின் மற்ற விரல்கள், திரிகத்தின் மேல் பொருந்தி சிசுவைத் தாங்குகின்றன. (படம் 179) விரல்களின் நிலை, அ) கால்கள் உரிய நேரத்திற்கு முன்னர் வெளி வருவதையும் ஆ) வெளி வந்த உடல் கீழே தொங்கிக் கொண்டிருப்பதையும், தவிர்க்கிறது. வெளி வந்த உடல், நீட்டப்பட்ட கூபக இருசின்



படம் 179. உண்மையான குண்டித் தோற்றத்தில் த்ஸோவ்யனோவ் முறைப்படி கையாலான உதவி. சிசுவின் உடலைப் பற்றுதல்

திசை நோக்கித் தூக்கப்பகிறது. கருப்பையிலிருந்து சிசு உடல் வெளியேற்றப்படும் போது, மகப்பேறு டாக்டர், பெண்ணின் பிறப்புறுப்புப் பிளவின் திசை நோக்கி தனது கைகளை நகர்த்தி கட்டை விரல்களால், வயிறு நோக்கி மடக்கப்பட்ட கால்களை கவனமாக அழுத்த வேண்டும். மற்ற விரல்கள், சிசுவின்முதுகுப்பக்கமாக நகருகின்றன. (படம் 180) தோள் வளையம் வெளிப்படும் முன்னர், கால்கள் துருத்திவிடக் கூடாது என்பது மிகவும் முக்கியமான ஒன்று. தோள்கள் வெளிப்பட்டவுடன், கைகளும் தாமாகவே வெளிபடுகின்றன. இது நிகழவில்லை எனில், கைகள், கீழ்க்கண்டவாறு வெளிப்படுத்தப்படுகின்றன: மகப்பேறு டாக்டர், தனது கைகளின் நிலையை மாற்றாமல், தாய் கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்திற்கு இணையாக, தோள்களைத் திருப்ப வேண்டும். உடல் பின்புறமாக திருப்பப்படுகிறது. முன்புற கை, பூப்பு



படம் 180. உண்மையான குண்டித் தோற்றத்தில், த்ஸோவ்யனோவ் முறைப்படி, கையாலான உதவி, பிறப்புப்பாதையிலிருந்து உடல் வெளிப்படும் போது, மகப்பேறு டாக்டரின் கைகள், பிறப்புறுப்புப் பிளவு நோக்கி நகருகின்றன.

வயைத்தின் அடியிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது. பின்னர் உடல், முன்புறமாகத் தூக்கப்பட்டு, பின்புறக் கை விடபத்தின் மேலிருந்து வெளியேற்றப் படுகிறது.

பின்புறக்கை வெளிப்படுவதுடனேயே, சிசுவின் முதியங்கால்களும் வெளியே துருத்துகின்றன. மோவாயும், வாயும் பிறப்புறுப்புப்பிளவில் தோன்றுகின்றன. வலுவான, வெளியேற்றப்படும் உந்தல்களால், தலை தானாகவே வெளியேற்றப்படுகிறது. இதன் போது உடலை முன்புறமாகத் தூக்க வேண்டும். தலை வெளிப்படுவதில் ஏதாவது தாமதம் ஏற்பட்டால், மாரிசியூலெவ்ரட் செய்முறை கொண்டு, இதற்கு உதவ வேண்டும்.

(கீழே காண்க)

பாதத்தோற்றத்தின் போது பிரசவத்தை நடத்துதல் (த்ஸோவ்யனோவின் செய்முறை)

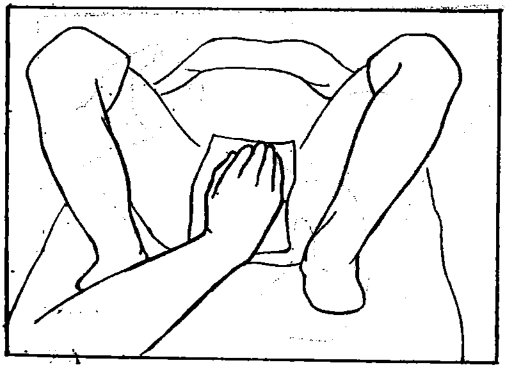
உண்மையான அல்லது முழுமையான குண்டித் தோற்றங்களை விட, பாதத் தோற்றங்களில் சிக்கல்கள் அதிகம்.

பின்வரும் கால்களால், பருமனான தோள்களும், தலையும் வெளிவரும் அளவுக்கு, பிறப்புப்பாதையை, விரிவடையச் செய்ய முடியாததால், சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. ஆகவே, பாதத் தோற்றங்களில் தலை திருப்பப்பட்டு, கைகள் நீட்டப்பட்டு உள்ளன. பெரும்பாலும், கருப்பைக்கழுத்தின் வலுவான சுருக்கங்களில், தலை நசுக்கப்படுகிறது.

தோள்கள் வெளிப்பட்ட உடனேயே, கருப்பைத் துவாரமும் முழுமையாகத் திறந்திருந்தால், மேற்கூறிய சிக்கல்களைத் தவிர்க்கலாம்.

இதை உறுதி செய்ய, த்ஸோவ்யனோவ் கூறினார்: ''கருப்பைத் துவாரம் முழுமையாக திறக்கும் வரை, கால்கள் யோனிக்குளேயே இருக்க ஒரு வழியைக் கடைப்பிடிக்க வேண்டும்.''

யோனிப் பரிசோதனை மூலம் பாதத் தோற்றம் என்பது நிர்ணயமாகி விட்டால், மகப்பேறு டாக்டர், ஒரு சுத்தமான கைக்குட்டையால் புறபிறப்புறுப்பை மூடி, அதன் மீது தனது கையை வைத்து, கால்கள் உரிய நேரத்திற்கு முன்பாகவே வெளிப்படுவதைத் தவிர்க்கலாம். (படம் 181) இதன் மூலம், கருப்பைத்துவாரம் முழுமையாகத் திறக்க வாய்ப்புக் கிடைக்கிறது. ஏனெனில், முழுமையான குண்டித் தோற்றத்திற்காக, சிசு ''குந்தி'' விடுகிறது. பிறப்புப்பாதை வழியாக, சிசு, மேலும் நகரும் போது, திரிக நரம்பு பிணையங்களை அமுக்கி, கருப்பை மற்றும் வயிற்



படம் 181. பாதத் தோற்றத்தின் போது த்ஸோவ்யனோவ் முறைப்படி கையா லான உதவி.

றுத் தசைச் சுருக்கங்களை துரிதப்ப டுத்துகிறது.

கருப்பை கழுத்தின் துவாரம் முழு மையாகத் திறந்து விட்டதற்கான அறி குறிகள் வருமாறு:—சிசு இடுப்புகளின் மோதலால் விடபப்பகுதியின் புடைப்பு; திறந்திருக்கும் குதம்; அடிக்கடியான, வலுவான வெளியேற்று உந்தல்கள்; பூப்பிணைப்புக்கு மேலாக, 4—5 விரல் அகலத்தில் சுருக்க வளையம் தோன் றுவது. கீழிறங்கும் இடுப்புகளின் கீழ் நோக்கிய மோதலால், புறப்பிறுப்புப் பிளவு திறக்கிறது; மகப்பேறு டாக்ட ரின் கையின் எதிர்ப்பையும் சமாளித்து, கால்கள் கீழே தோன்றுகின்றன. முழு மையாக விரிவடைந்ததற்கான அறிகு றிகள் தெளிவாக இருந்தால், மகப் பேறு டாக்டர் தனது கையை எடுத்து விடுகிறார். குண்டிப் பிறப்புக்கான முறையில் பிரசவம் நடத்தப்படுகிறது.

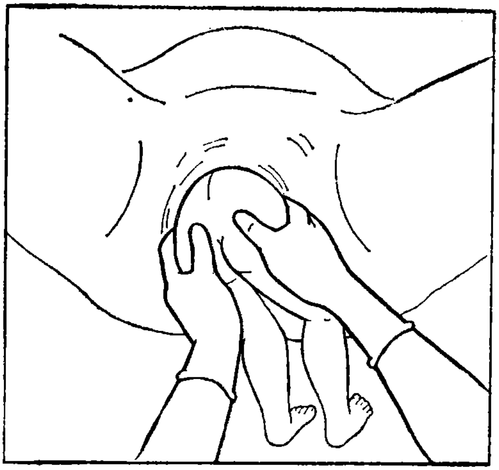
குண்டித் தோற்றங்களுக்கு கை யுதவி

குண்டிப்பிறப்பில், சிசுவின் கைகளும் தோளும் வெளிப்படுத்தும் நோக்கத்து டன் செய்யப்படும் வழிமுறைகளே முன் மாதிரியான கையுதவி எனப்படுகிறது.

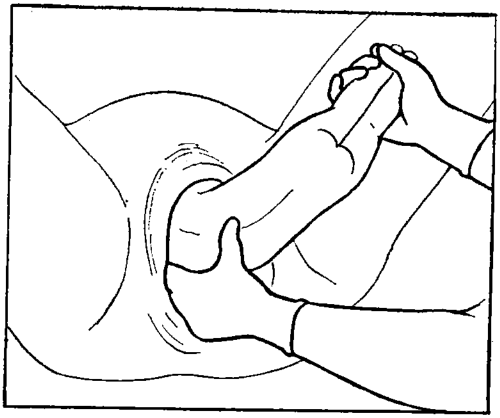
பிறப்புறுப்புப்பிளவு வழியாக, முன் தோன்றும் பாகங்கள் தோன்றும் போது மகப்பேறு டாக்டர், கையுதவி எதுவும் அளிக்காது, பொறுமையுடன் காத்தி ருக்க வேண்டும். காலையோ அல்லது கவட்டையையோ இழுப்பது, செய்யக் கூடாத ஒன்றாகும். ஏனெனில், இதனால் சிசு பாகங்களின் சகஜமான நிலை குலைந்து விடும்; கைகள் நீட்டப்பட்டு விடும்; தலை திருப்பப்பட்டு விடும்; சிசு, தொப்பூழ் வரை வெளி வந்து விட் டால், தொப்பூழ் கொடியின் அழுத்தம் சோதிக்கப்பட வேண்டும். தொப்பூழ் கொடி விறைப்பாக இருந்தால், அதை லேசாக கருப்பையிலிருந்து இழுப்பதன் மூலம், அதை தளர்த்தலாம். இந்த் முறைகள் பலனளிக்காவிடில், தொப் பூழ் கொடியை வெட்டிவிட்டு, சிசு வெளிப்படுத்துவதைத் துரிதப்படுத்த வேண்டும். தொப்பூழ் கொடி, சிசுவின் கால்களுக்கு இடையே இருந்தால், அதை கவனமாக நகர்த்தி, சிசுவின் பின்புற இடுப்புக்கு மேலாக, கவனமாக நகர்த்த வேண்டும்.

இடுப்புகள் வெளிப்பட்டவுடன், உடலை கை கொண்டு தாங்குவதன் மூலம், அது கீழே தொங்கி விழுவதைத் தவிர்க்கலாம். வயிற்றுச் சுவரின் மீது பலமாக விரல்கள் கொண்டு அழுத்தக் கூடாது. இதன் மூலம், சிசுவின் உள்ளுறுப் புக்கள் (குறிப்பாக கல்லீரல்)காயமடை வதைத் தவிர்க்கலாம். (இடுப்புகளின் மட்டத்தில்), சிசுவின் மால்களைத் தூக்கிப் பிடிக்க வேண்டும். கட்டை விரல்கள் திரிகத்தின் மீது பொருந்தி யுள்ளன. மற்ற விரல்கள், வயிற்றைத் தொடாமல், இடுப்பைப் பிடித்துக் கொண்டிருக்க வேண்டும். (படம் 182)

சிசு முழுமையாக வெளிப்படும் வரை சிசுவை, இந்த நிலையிலேயே வைத்தி ருக்க வேண்டும். சிசு வெளிப்படல்



படம் 182. வெளிப்பட்ட சிசுவை, அதன் கால்களைக் கொண்டு தாங்கிதல்



படம் 183. கால்களை, தாயின் கவட்டை நோக்கி ஒரு புறமாக,இழுக்க வேண்டும். முதல் மேற்கை விடுவிக்கப்படுகிறது.

தாமதமானால், கையாலான உதவி தேவைப்படுகிறது.

முதலில் கைகள் விடுவிக்கப்படுகின்றன; அதே போது, சிசுவை தோள் பட்டைகளின் கீழ் விளிம்புவரை கொணர்ந்திருக்க வேண்டும்.

பின்புறக் கையை முதலில் வெளிப் படுத்த வேண்டும். ஏனெனில், திரிகம் மற்றும் விடபப்பக்கத்திலிருந்து, எளி தில் அதை அடையலாம். ஒவ்வொரு கையும், மகப்பேறு டாக்டரின் அதே பக்கக்கையால்இடது மேற்கையை இடது கையாலும், வலது மேற்கையை வலது கையாலும்-வெளியேற்றப்பட வேண் டும்.

செயல் முறைகள் வருமாறு: — மகப் பேறு டாக்டரின் விரல்கள், சிசுவின் கணுக்கால்களைப் பற்றியிருக்க வேண் டும்; கால்களை மேல் நோக்கியும், தாயின் கவட்டை நோக்கியும் இருக்க வேண்டும். (படம் 183) இந்த செயல் முறை மூலம் பின்புற மேற்கை, தானா கவே விடுவிக்கப்படுகிறது. இது தவறி னால், அதே பக்கக்கையின் இரண்டா வது மூன்றாவது விரல்கள் கொண்டு, கையை வெளியேற்ற வேண்டும். சிசு வின் முதுகு வழியாக, யோனியின் உள் ளேயுள்ள விரல்கள், நகர்த்து முழங் கையையும், மேற்புற 1/3 ஐயம் அடைய வேண்டும். உடலிலிருந்து பிரிக்காமல், மேற்கை, கவனத்துடன் கீழே இழுக் கப்பட வேண்டும். சிசுவின் முகத்தின் பக்கமாக மேற்கை (நீட்டியிருந்தால்) நகர வேண்டும். பின்னர் மார்புப்பகு தியை கீழ்நோக்கி அடைய வேண்டும்.

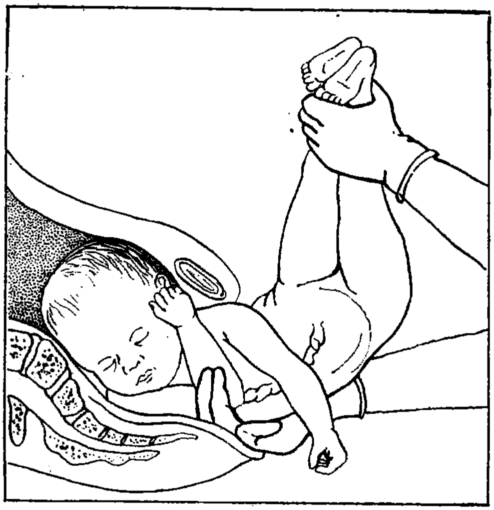
பின்புற மேற்கை வெளிப்பட்டவு டன், சிசுவின் உடல் 180° திருப்பப் படுகிறது. இதனால் விடபப்பக்க வழி யாக, மற்ற கையை வெளிப்படுத்த லாம். இதைக் கருத்தில் கொண்டு மார்பு மட்டத்தில் (வெளிப்பட்ட மேற் கையுடன் சேர்த்து) இருகைகளாலும், உடல் தாங்கப்படுகிறது. கட்டை விரல் கள் முதுகு எலும்புத் தண்டின் மீது பொருந்தியும், மற்ற விரல்கள் மார் பின் முன்பரப்பின் மீது பொருந்தியும் உள்ளன.

முதுகு, பூப்பிணைப்பின் அடியில் செல்லுமாறும், தாயின் மற்ற தொடை

நோக்கி இருக்கும்படியும், சிசுவின் உடல் சுழற்றப்பட வேண்டும்; உடலை இழுக்கக்கூடாது. சுழற்சி முழுமையாகி விடில், சிசுவின் கால்களை மீண்டும் பற்றிக் கொண்டு, கவட்டையின் திசை நோக்கி மேலாகத் தூக்க வேண்டும்; இரண்டாவது கை விடுவிக்கப்படுகிறது. (படம் 184) இப்போது இரண்டு கைகளும் வெளிப்பட்டு விட்டன. சகஜமாக மடங்கியும், கூபகக்குழிவினுள் இருக்கும் தலையை விடுவிக்க வேண்டும். பின் வரும் தலையை விடுவிக்க செய்யப்படும் முறை போன்றே இந்த உதவியும் இருக்க வேண்டும்.

கீழ்வருமாறு தலை வெளிப்படுத்தப் படுகிறது: — (மாரிசியோலெவ்ரட் முறை.) இரண்டாவது மேற்கையை வெளியேற்ற பயன்படுத்தப்பட்ட கையை, யோனியினுட் செலுத்த வேண்டும். அதே போது சிசுவின் உடல், பணியாற்றும் முன் கையின் மீது "உட்காருகிறது." ஆட்காட்டி விரலின் நுனி, சிசு வாயினுட் செலுத்தி, தலையை மடக்கவும், உட்புற சுழற்சிக்கும் உதவுகிறது. மற்ற இரண்டு விரல்களை கவர்முள் போல் ஆக்கிக் கொண்டு, காரை எலும்புகளையோ, குழிவையோ அழுத்தாது. சிசுவின் கழுத்தின் பக்கம் வைக்க வேண்டும். (படம் 185) மேற் கை கொண்டு, இழுக்கப்படுகிறது. முதலில், இழுப்பு கீழ் நோக்கி (பின்புறமாக) இருக்க வேண்டும். பின்புற கபாலக் குழிவு பூப்பிணைப்பின் கீழே வந்தவுடன், இழுப்பின் திசை, மேல் நோக்கி (முன்புற) மாற்றப்பட வேண்டும். வாய், முகம், ரோமம் கொண்ட முழுமையான தலை, விடபத்தின் மேலாக வெளிப்படுத்தப் படுகிறது. ஒரு உதவியாளர், தலையை கீழ் நோக்கி அழுத்தினால் (வயிற்றுச் சுவரின் பக்கத்திலிருந்து) சிசு வெளிப் படுவது எளிதாகிறது.

இந்தச் செயல் முறையின் போது, விடபம் பெரும்பாலும் கிழிந்து விடுகிறது. ஏனெனில், முழுவதும் விரிவடையாத பிறப்புப்பாதையின் வழியாக, உடலின் பருமனான பகுதி (தலைதுரிதமாகச் செல்கிறது. தலை வெளிப்ப



படம் 184. உடலை 180° சுழற்றி இரண்டாவது மேற்கையை விடுவித்தல்

படம் 185. பின்வரவிருக்கும் தலையை வெளியேற்றல்

டும் போது விடபத்தின் நிலையை மிகவும் கவனமாகப் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். விடபம் அதிகமாகத் துருத்தப்பட்டால் எபிசியாடமி செய்வது நல்லது.

பலமகவை ஈன்ற பெண்களில், சிசுவின் மேற்பகுதி விரைவிலேயே வெளிப்படுகிறது. தலைச்சூலிகளிலும், குறிப்பாக வயதானவர்களில் கையாலான உதவியின் போது சிக்கல்கள் ஏற்படுகின்றன.

பின்புற குண்டிபிறப்பின் போது கையுதவி

பின்புறக் குண்டித் தோற்றத்தில், கைகளையும் கால்களையும் வெளியேற்றுவது சிக்கல் நிறைந்ததாகும். பிரசவத்தின் போது, பின்புறத்தோற்றம் முன்புறத் தோற்றமாக மாறுகிறது; உடல், அதன் நீளவாட்ட இருசில் மெதுவாக சுழற்றப்படுகிறது. சிசுவின் முதுகு, முன்புறமாக திரும்புகிறது. தானாகவே, சிசு சுழலவில்லை எனில் வெளிப்புற சுழற்சி செய்யப்பட வேண்டும். இதற்காக, வெளியே துருத்திக் கொண்டிருக்கும் பின்கால் கீழ் நோக்கி இழுக்கப்பட்டு, பூப்பிணைப்பை நோக்கி திருப்பப்படுகிறது. இதனால், இது, முன்புற நிலையடைகிறது. (உடலும் இத்துடனேயே சுழல்கிறது) பின்புறத் தோற்றத்தின் போது, அதன் நீளவாட்ட இருசில் கவனமாக சுழற்றப்பட்டு, அதன் முதுகு முன்புறத்தில் வருகிறது (துவக்க நிலையைப் பொறுத்து இடது புறமாகவோ, வலது புறமாகவோ). சுழற்சி சிரமமாக இருந்தால், பின்புறத்தோற்றத்திலேயே பிரசவம் தொடர்ந்து நடத்தப்படுகிறது.

பிரசவ பின்காலம்

பெரும்பாலான பெண்களில், பிரசவபின் காலம் சகஜமாக இருக்கிறது. ஆனால் தலைத் தோற்றத்தை விட குண்டித்தோற்றத்தில், பிரசவபின் நோய்கள் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன. பிறப்புப்பாதை மெல்லிய திசுக்களின் காயங்கள், துவக்கத்திலேயே அம்னியாடிக் திரவம் வெளிப்படல், பிரசவத்தின் மற்ற சிக்கல்கள் ஆகியவற்றால், இத்தகைய நோய்கள் உண்டாகின்றன.

தலைத் தோற்றத்தைவிட, குண்டித் தோற்றத்தில் சிசுவின் முன்கணிப்பு பாதகமாக அமைகிறது. ஏனெனில் மூச்சுத்திணறலும், பிறப்புக் காயங்களும் மிகவும் அடிக்கடி நிகழ்கின்றன. மூச்சுத்திணறலுடனும், பிறப்புக்காணங்களுடனும் பிறந்த குழந்தைகள், தொற்றும் நோய்வாய்ப்பட வாய்ப்புகள் உள்ளன.

அத்தியாயம் 14

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம்

கர்ப்பத்தின் விளைவால் ஒன்றுக்கும் மேற்பட்டு குழந்தைகள் பிறப்பது ''ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட'' கர்ப்பம் எனப்படுகிறது. மிகப்பல கர்ப்பத்தால் பிறக்கும் குழந்தைகளை இரட்டையர்கள் என்கிறோம்.

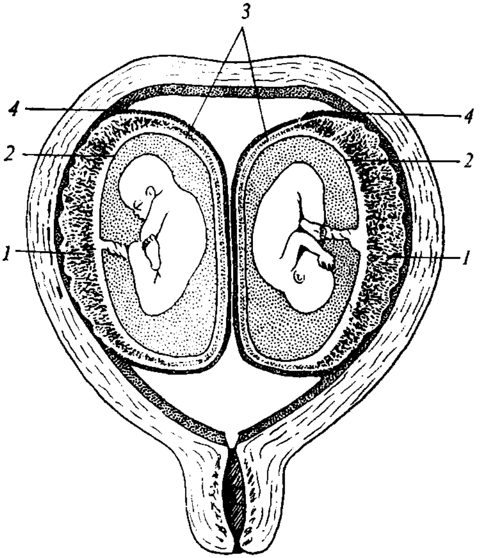
70—80 பிறப்புகளில், ஒன்றில் இரட்டையர் தோன்றுகின்றனர். 6000—7000 தேசுகளில், மூன்று மகவுகள் தோன்றுகின்றனர். நான்கு, ஐந்து குழந்தைகள் தோன்றுவது மிகவும் அபூர்வம்.

வயதடைந்த, பல மகவை ஈன்ற பெண்களில், ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் தோன்றுவது இயற்கையே; பரம்பரை வழி அம்சமும் முக்கியமானதே. தாயோ அல்லது தந்தையோ (அல்லது இருவருமோ), மிகப்பல கர்ப்பத்தால் பிறந்திருந்தால், அந்தக் குடும்பத்தில் இரட்டையர்கள் தோன்றுவது சகஜம்.

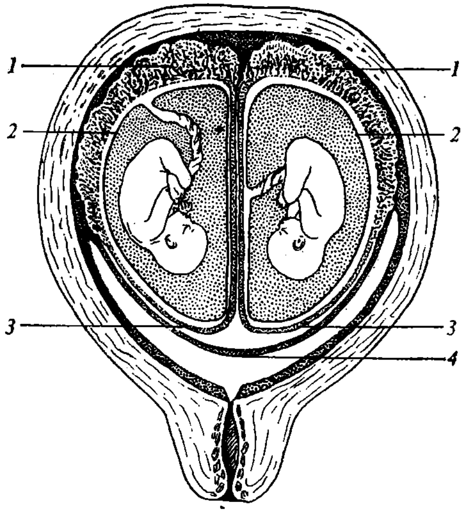
ஒரே சமயத்தில் இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட முட்டைகள் பொலிவுறும் போது மிகப்பல கர்ப்பம் உண்டாகின்றன. ஒன்று அல்லது இரண்டு சூலகங்களிலிருந்து ஒரே சமயத்தில் ஒன்று அல்லது பல குமிழ் குவியங்களிலிருந்து முதிர்ந்த ஒன்று அல்லது இரண்டு முட்டைகள் வெளிப்படுகின்றன. இரண்டு பொலிவுற்ற முட்டைகளிலிருந்து உருவாகும் இரட்டையர்கள் ''இரு முட்டை இரட்டையர்கள்'' எனப்படுகின்றனர்.

பொலிவுற்ற ஒரே முட்டையிலிருந்து கூட, அதன் சீரற்ற பகுப்பால், மிகப் பல கர்ப்பம் தோன்றலாம்: இரண்டு (அல்லது மூன்று) அணுக்கள் தோன்றி, இரட்டையர்களாக உருவாகலாம். (மூன்று சிசுக்களும் தோன்றலாம்). பொலிவுற்ற ஒரு முட்டையிலிருந்து பிறக்கும் இரட்டையர்கள் ஒரு முட்டை இரட்டையர் எனப்படுகின்றனர். (ஒரு முட்டை அல்லது இரு முட்டை என்பதை ஓரண்ட அல்லது ஈரண்ட் என்றும் அழைக்கலாம். மொ—ர்.) ஓரண்ட இரட்டையர்களைவிட ஈரண்ட் இரட்டையர்கள் தாம் அதிகமாக நிகழ்கின்றன'

ஈரண்ட் (இருமுட்டை) இரட்டையர்கள்:—பொலிவுற்ற இரண்டு முட்டைகள் தனித்தனியாக வளர்கின்றன. பொலிவுற்ற முட்டைகள், எண்டோமெட்ரியத்தில் பொதிந்த உடன், ஒவ்வொரு முட்டைக்கும் தனித்தனியான கோரியானும், அம்னியானும் உண்டாகின்றன. பின்னர், ஒவ்வொரு முட்டைக்கும் தனித்தனியான, இரத்த மண்டலத்துடன் நச்சுக்கொறிடி உண்டாகிறது. பொலிவுற்ற முட்டைகள், தனித்தனியான தூரமாகப் பொதிந்திருந்தால் அவற்றின் நச்சுக்கொடிகளும் முழுமையாக தனித்திருக்கின்றன.



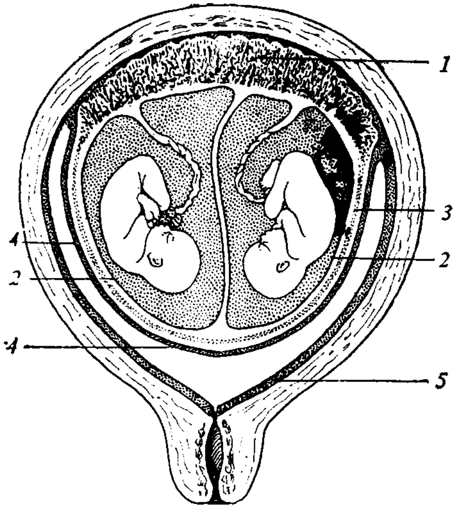
படம் 186. கருப்பையில் பொதிந்துள்ள இரண்டு முட்டைகள் ஒன்றைவிட்டு ஒன்று தூரமாகவே உள்ளன. ஒவ்வொரு சிசுவுக்கும் தனித்தனியான 1) நச்சுக் கொடி 2) கோரியான் 3) அம்னியான் 4) உதிர்படல அறை



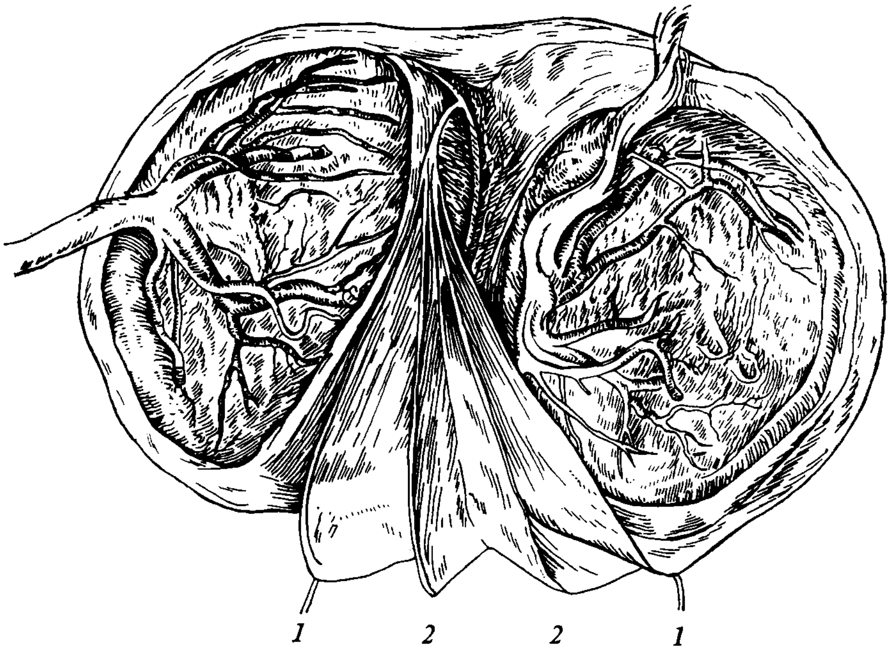
படம் 187. ஒன்றோடொன்று நெருங்கிய இரண்டு முட்டைகள் நச்சுக்கொடிகள் (1) ஒன்றையொன்று தொட்டுக் கொண்டிருக்கின்றன. ஒவ்வொரு சிசுவுக்கும் தனித்தனியான. அம்னியான் (2) கோரியான் (3) உள்ளன. உதிர்படல உறை (4), இரண்டிற்கும் பொதுவாக உள்ளது.

(படம் 186) எனினும் முட்டைகள் ஒன்றுக்கொன்று அருகே இருந்தால், நச்சுக்கொடி விளிம்புகளுக்கிடையேயான தொடர்பு நெருக்கமாக இருப்பதால், இரண்டும் ஒன்றாகத் தெரிகிறது. வெளிப்படையாக அப்படித் தோன்றினாலும், ஒவ்வொரு நச்சுக்கொடியும் அதன் இரத்த நாள மண்டலத்துடன் தனித்தனியாகவே இருக்கின்றன. நன்றாக கூர்ந்து நோக்கின் இது, தெரிய வருகிறது. ஒவ்வொரு கருவிற்கும் தனித்தனியான அம்னியானும் கோரியானும் உள்ளன. இரண்டு கருக்களையும் பிரிக்கும் பிரிதிரையில் 4 படலங்கள் உள்ளன. இரண்டு அம்னியான்கள், இரண்டு கோரியான்கள் (படம் 189). இந்தப் படலங்களை எளிதில் பிரிக்க முடியும். இருமுட்டை இரட்டையர்கள் பாலினம் பொறுத்தமட்டில், ஒரே மாதிரியாகவோ, வேறுபட்டோ இருக்கலாம்.

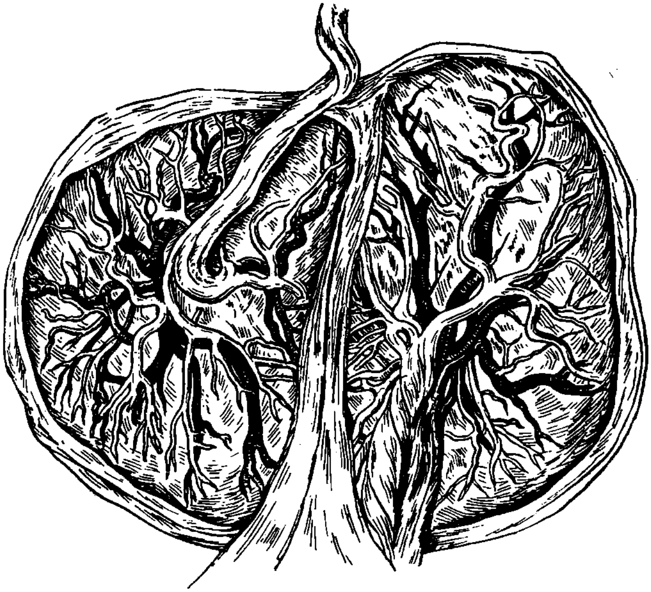
ஓரண்ட (ஒரு முட்டை) இரட்டையர்: ஓரண்ட இரட்டையருக்குப் பொதுவான ஒரு கோரியானும், நச்சுக்கொடியும் உண்டு (படம் 188). இரட்டையர்களின் இரத்த நாளங்கள், நாளப் பின்னல்கள் மூலம் ஒன்றோடொன்று தொடர்பு கொள்கின்றன. இரட்டையர்களில் ஒவ்வொருவருக்கும் தனியான அம்னியான் உண்டு. இரண்டு கருக்களுக்கும் இடையேயுள்ள பிரிதிரையில் இரண்டு அம்னியான்கள் காணப்படுகின்றன. அபூர்வமான கேசுகளில் இரட்டையர்களுக்கென பொதுவான ஒரே



படம் 188. ஓரண்ட் (ஒரு முட்டை) இரட்டையர். நச்சுக்கொடி பொதுவாக இருக்கிறது. ஒவ்வொரு சிசுவுக்கும் தனித்தனியான அம்னியான் உண்டு. 1) நச்சுக்கொடி 2) அம்னியான் 3) கோரியான் 4) உதிர்படல உறை 5) உதிர்படல வெளியுறை



படம் 189. ஈரண்ட (இரு முட்டை) இரட்டையர்களின் நச்சுக்கொடி. இரண்டு சிசுக்களையும் பிரிக்கும் பிரிதிரையில் 4 படலங்கள் உள்ளன. 1) இரண்டு அம்னியான்கள் 2) இரண்டு கோரியான்கள்



படம் 190. ஓரண்ட இரட்டையரின் நச்சுக்கொடி.
இரண்டு சிசுக்களையும் பிரிக்கும் பிரிதிரையில் இரண்டு படலங்கள் காணப்படு கின்றன. (இரண்டு அம்னியாக்கள்)

ஒரு அம்னியான் உண்டு. (ஒரு முட்டை இரட்டையர்) (படம் 190).

ஓரண்ட இரட்டையர்கள் ஒரே பாலி னத்திவர்களாக இருப்பர். (இரண்டு பெண்கள் அல்லது இரண்டு ஆண்கள்) இரத்த வகையும் ஒரே மாதிரியாகவே இருக்கும். தோற்றத்திலும் ஒரே மாதிரி இருப்பர்.

நச்சுக்கொடியையும் (பொதுவாக நச்சுக்கொடி, இரண்டு தனித்தனி யான, ஒட்டிக்கொண்டிருக்கும் நச்சுக் கொடிகள்) படலங்களையும் பரிசோ தித்தால் ஒரு முட்டையா, இரண்டு முட்டையா என நிர்ணயிக்க முடியும். சுருக்களை (இரண்டு அல்லது நான்கு) பிரிக்கும் பிரிதிரையில் உள்ள கணுக்க ளின் எண்ணிக்கையைக் கொண்டு நிர் ணயிப்பது தான் நிச்சயமானதாக இருக்க முடியும்.

ஒன்றுக்குமேற்பட்டகர்ப்பத்தின்போக்கு

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் கொண்ட தாயின் இருதய இரத்த நாள மண்டலம் மற்றும் நுரையீரல்கள், கல் லீரல், சிறுநீரகங்கள், மற்ற உறுப்புக் கள் ஆகியவற்றின் பணிகள் முனைப் பாக இருப்பதுடன், ஒரு சிசுவைக் கொண்ட நிலையை விட, சிக்கல்க ளும், அதிகமாக உள்ளன. மிகப்பல கர்ப்பம் கொண்ட பெண்களுக்கு அசதி, சிரம மூச்சு, மலச்சிக்கல், நெஞ்செரிவு, சிறுநீர்கோளாறுகள் ஆகியவை, உள் ளன.

கர்ப்பகால நச்சு நிலையுடன் சேர்ந்த வாந்தி, உமிழ்நீரின் மிகையான சுரப்பு, வீக்கம், சிறுநீரக நோய், கர்ப்பகால இசிவு நோய் ஆகியவை, மிகப்பல கர்ப் பத்தில் அடிக்கடி உண்டாகின்றன.

மிகப்பல கர்ப்பம் பொதுவாக, கருச்சிதைவில் முடிகிறது. குறைந்தது 25% கேசுகளில், இரட்டைக்கர்ப்பத்தில் பிரசவம் உரிய காலத்திற்கு முன்னதாகவே, தோன்றுகிறது. மூன்று கர்ப்ப நிலையில், அரைகுறைப்பிரசவம் அடிக்கடி தோன்றுகிறது. பொதுவாக, கருப்பையில் சிசுக்களின் எண்ணிக்கை அதிகரித்தால், அரை குறைப்பிரசவமும் அதிகரிக்கிறது.

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் கொண்ட பெண்களை சிறப்பாக கவனிக்க வேண்டும். தங்களது கர்ப்பத்தின் 2வது பகுதியில், அவர்களது இரத்த அழுத்தம் ஒழுங்கான முறையில் அளவிடப்பட வேண்டும். நீர்பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். உடல் எடை கணக்கிடப்படுகிறது. பெண்ணை, முழுமையாகவும், மகப்பேறு முறைப்படியும் பரிசோதிக்க வேண்டும். சிக்கல்களின் அறிகுறிகள் தோன்றினால் உடனடியாக, சிக்கல்களைப் பராமரிக்கும் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும். ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தில் பிரசவம் உரிய காலத்திற்கு முன்பே துவங்கி விடுவதால், எதிர் பார்த்த நாளுக்கு 2—3 வாரங்களுக்கு முன்னரே மகப்பேறு மருத்துவமனையில் சேர்த்து விட வேண்டும்.

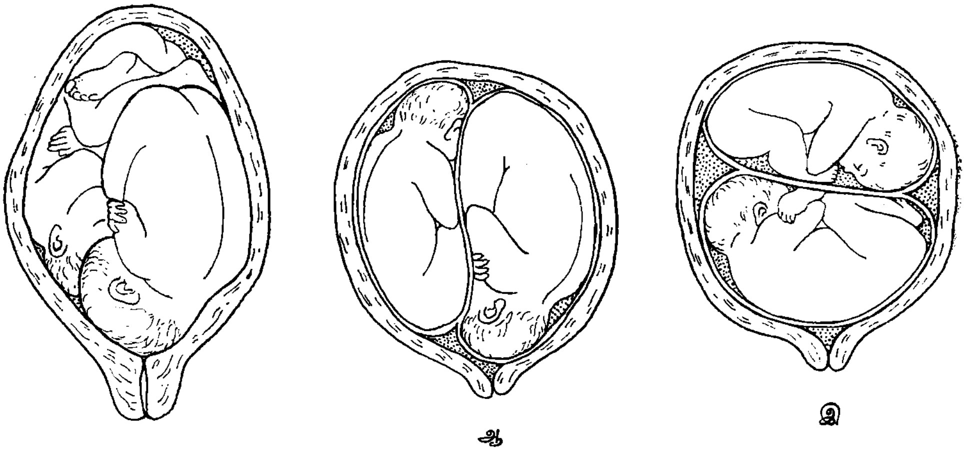
உரிய காலத்தில் பிறந்த இரட்டையர் பெரும்பாலும் சகஜமாகவே வளர்ச்சியடைகின்றனர். உரிய காலத்திற்கு முன் பிறந்த இரட்டையர், முதிர்ச்சியடையாமலே இருக்கின்றனர். விகார வளர்ச்சி அதிகமாக இருந்தால், அவர்கள் உயிர்வாழ்வது சிரமமே.

பொதுவான நச்சுக்கொடியிலிருந்து போஷாக்குகள் ஒரே சீராக வழங்கப்படாததால், ஒரு முட்டை இரட்டையர், சிலபோது, மாறுபட்ட நிலையில் வளர்ச்சியடைகின்றனர். இரட்டையரில் ஒருவருக்கு போஷாக்கு குறைவாக இருப்பதால், அதன் வளர்ச்சி தாமதமடைகிறது, அல்லது சிசு மரித்தேவிடலாம். மற்ற சிசு இறந்துபட்ட சிசுவை அமுக்குகிறது. (சிசு அமுக்கம்) இரட்டையரில் உயிருள்ள ஒன்று பிறந்தவுடன் இறந்த சிசு நச்சுக்கொடியுடன் வெளிப்படுகிறது. ஒரு முட்டை இரட்டையரில், ஒரு சிசுவில் மிகையான பனிநீர் (அம்னியான்) காணப்படலாம். இதனால் மற்ற சிசுவின் வளர்ச்சி பாதிக்கப்பலாம். சில் போது, ஒட்டி இணைந் இரட்டையர் பிறக்கின்றனர், (மார்பு, மற்றும் தலை, வயிறு, அல்லது கூபகம் ஆகியவற்றுடன் ஒட்டி இணைந்திருத்தல்.)

பெரும்பலான கேசுகளில் (90%) கருப்பையில் சிசுக்களின் நிலை, நீட்டுப் போக்காக இருக்கிறது. இரட்டையர் இருவரும் தலை உதயமோ (அல்லது குண்டி உதயமோ) கொண்டிருக்கலாம். (படம் 191 அ) ஒரு சிசு தலை உதயமும், மற்றது குண்டித் தோற்றமும் (படம் 191 ஆ) கொண்டிருக்கலாம். அபூரிவமாக ஒரு சிசு நீட்டுப்போக்காகவும் மற்றது குறுக்கு வாட்டிலும் இருக்கலாம். இன்னும் அபூர்வ கேசுகளில், இரண்டுமே குறுக்கு வாட்டத் தோற்றத்தில் இருக்கலாம். (191 இ)

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தை நிர்ணயம் செய்வதில் சில சிக்கல்கள் உள்ளன. கர்ப்ப நிலை முற்றிய உடன் நிர்ணயம் எளிதாகிறது.

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்துடன் கூடிய கருப்பை துரிதமாக வளர்கிறது. கருப்பையின் அளவுக்கும், கர்ப்ப காலத்திற்கும் வேறுபாடு காணப்படுகிறது. கருப்பையின் உச்சி. உயரத்தில் இருக்கிறது. வயிற்றின் பருமனும் அதிகமாகவே இருக்கிறது. கர்ப்பத்தின் இறுதிக் கட்டத்தில் வயிற்றின் சுற்றளவு 100

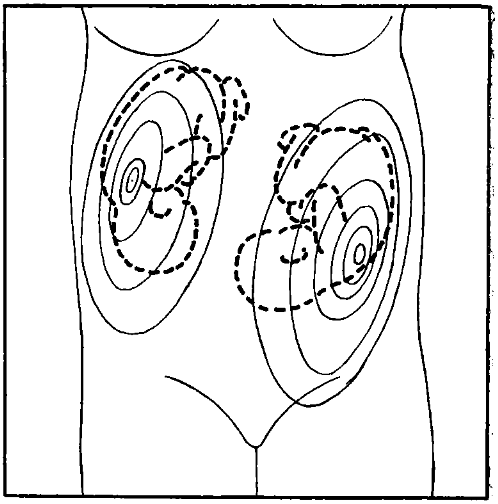


படம் 191. கருப்பையில் இரட்டையர்களின் நிலை
அ) இரண்டு சிசுக்களும் தலை உதயம் கொண்டுள்ளன.
ஆ) ஒன்று தலைத் தோற்றமாகவும் மற்றது குண்டி உதயமாகவும் இருக்கிறது.
இ) இரண்டு சிசுக்களும் குறுக்கு நிலையில் உள்ளன.

செ. மீக்கு அதிகமாகவே இருக்கிறது.

தொட்டுப்பார்ப்பதாலும் சிசுவின் ஒலிகளை கேட்டுணர்வதாலும் மிக முக்கிய நிர்ணய அடிகுறிகள் கிடைக்கின்றன. கருப்பையில் மூன்று பெரிய பகுதிகளைத் தொட்டுத் தெரிவது; (இரண்டு தலைகளும் ஒரு கூபகமும் அல்லது இரண்டு கால்களின் நுனிகளும், ஒரு தலையும்); அல்லது இரண்டு தலைகளையோ அல்லது கருவின் கீழ்ப் பகுதிகளையோ நிச்சயமாக நிர்ணயிப்பது; ஆகியவை, ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தின் நேர்மறையான அடையாளமாகும்.

சிசுவின் இருதய ஒலிகளை தெளிவாகக் கேட்டுகும் இரண்டு பகுதிகள் இருப்பது, ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தின், மிக முக்கிய அறிகுறியாகும். (படம் 192) 1) இரண்டு பகுதிகையும் பிரிக்கும் ஒரு இடம் இருந்தால். 2) இரண்டு பகுதிகளிலும் இருதயத்துடிப்பின் விகிதம் மாறுபட்டு இருந்தால், இந்த அறிகுறிநேர்மறையானதாகும். பின்னதில் இருதயத்துடிப்பை எண்ணும் போது, இரண்டு பேர்கள் தனித் தனியாக எண்ண வேண்டும்.



படம் 192. சிசுக்களின் இருதய ஒலிகள் இரண்டு பகுதிகளில் கேட்கப்படுகின்றன.

கர்ப்பமடைந்த கருப்பையின் பெரிய அளவு, கருப்பை உச்சியின் உயர்த்த மட்டம் (சிறிய தலை தான் தொட்டுணரப்படுகிறது) ஆகிய இரண்டுமே, ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்திற்கு அறிகுறியாகும். சிசுவின் அசைவுகளும், வயிற்றின் வெவ்வேறு பகுதிகளில் சிசுக்களின் சிறிய பகுதிகளை தொட்டுணர்வதும் நல்ல அறிகுறியாகும்.

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தின் அறிகுறிகள் பொதுவாக தெளிவாக இருப்பதில்லை. அதன் நிர்ணயமும் மிகவும் சிரமமே. எக்ஸ்கதிர்கள் கொண்டு பரிசோதனை செய்தால், கருப்பையின் உள்ள சிசுக்களின் எண்ணிக்கையும், அவற்றின் நிலைகளும் தெளிவாகிறது. (கர்ப்பத்தின் இறுதி வாரங்களில் எக்ஸ் கதிர் பரிசோதனை செய்யப்படுகிறது.)

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தில் பிரசவம்

ன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தில் பிரசவம் சகஜமாக இருக்கலாம். கருப்பைக் கழுத்து விரிவாக்கப்படுகிறது. ஒரு சிசுவின் பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது. ஒரு சிசு வெளிப்படுகிறது. இதன் பின்னர், வெளியேற்று முயற்சிகள், 15—60 நிமிடங்களுக்கு மேல்) நிறுத்திவைக்கப்படுகின்றன. இதன் போது, கருப்பை, குறைந்த பரிமாணத்திற்கு தன்னைத்தக அமைத்துக் கொள்கிறது. மீண்டும் வெளியேற்று முயற்சகள் துவக்கப்படுகின்றன. இரண்டாவது சிசுவின் பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது. இரண்டாவது சிசு வெளிப்படுகிறது. 2வது சிசு வெளிப்பட்ட பின், கருப்பைச் சுவரிலிருந்து இரண்டு நச்சுக் கொடிகளும் பிரிக்கப்படுகின்றன. இரண்டு நச்சுக்கொடிகளும் ஒன்றாகவே, கருப்பையிலிருந்தும் பிறப்புப்பாதையிலிருந்தும் வெளியேற்றப்படுகின்றன.

பிரசவம் மற்றும் சிசு பிறப்பு ஆகியவற்றின் இயக்க நுட்பங்கள் ஒரே மாதிரிதாக இருந்த போதிலும், பல்வேறு சிக்கல்கள் அடிக்கடி நிகழ்கின்றன.

கருப்பையின் அசமந்த நிலையே, அடிக்கடியான ஒரு சிக்கலாகும். இதன் காரணம், கருப்பைத் தசைகளின் மிகையாக விரிவடைந்த நிலையும், அதனால் வலுவான சுருக்கங்களை இயக்க முடியாத நிலையும் தான். விரிவடைந்த காலம் நீடிக்கிறது. வெளியேற்று கட்டமும் நீடிக்கிறது.

முதல் சிசு வெளிப்பட்டதைத் தொடர்ந்து இரண்டு சிசுக்களின் (ஒரு சிசு இன்னும் வெளிப்படவில்லை) நச்சுக் கொடிகளும், அல்லது அவற்றின் பொதுவான ஒரு நச்சுக்கொடியும், உரிய காலத்திற்கு முன்னமேயே பிரிவடைகின்றன. உரிய காலத்திற்கு முன்னரே பிரியும் நச்சுக்கொடியைத் தொடர்ந்து வெளிப்படும் குருதிப்பெருக்கு, தாய்க்கும் சேய்க்கும் ஆபத்தில் முடிகிறது.

சிலபோது, இரண்டாவது சிசுவின் பனிக்குடம் உடைவது கால தாமதமடைகிறது. அப்போது செயற்கை முறையில் பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது. இல்லையெனில் இரண்டாவது சிசு பிறப்பது, பல மணி நேரங்கள், தாமதமடைகிறது. முதல் சிசுவின் பிறப்பின் பின்னர், எஞ்சிய சிசு, கருப்பையில் குறுக்கு நிலையை அடைகிறது. இதனால், வெளிப்படுவது முடியாத ஒன்றாகும்.

இரட்டையர்களின் ஒன்றுடன் ஒன்று பின்னிக்கொள்வது, அபூர்வமான, ஆனால், மிக ஆபத்தான சிக்கலாகும். முன்மாதிரியான ஒன்றுடன் ஒன்று பின்

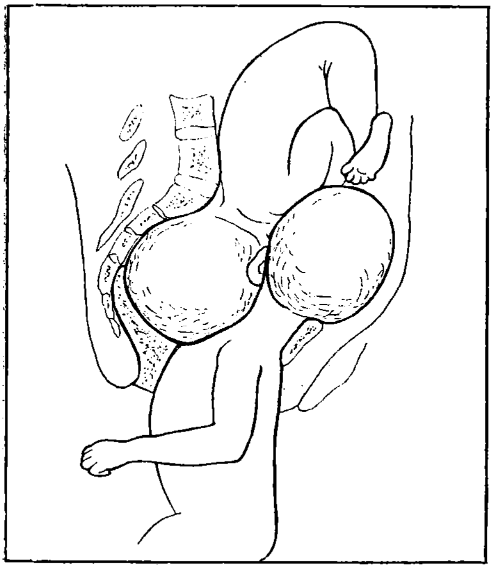
ணிக்கொள்ளல், கூபக நுழைவாயிலில் நிகழ்கிறது. (படம் 193) மற்ற வகையான பின்னல்களும் சாத்தியமே. ஒன்றுடன் ஒன்று பிண்ணிக்கொண்டே இரட்டையர் நிலையில், மகப்பேறு அறுவை முறைகள் பின்பற்றப்பட வேண்டும்.

கருப்பையில் நச்சுக்கொடி தங்கி விடுவதாலோ, அல்லது நச்சுக்கொடி அரை குறையாக பிரிவடைவதாலோ, பிரசவ பின் காலம் சிக்கலடைகிறது.

பிரசவத்தின் பின்னான ஒரு சில மணிகளில், குருதிப்பெருக்குக்கான மற்றுமொரு காரணம், கருப்பையின் மந்த நிலையாகும். பிரசவப்பின் காலத்தில் கருப்பையின் உட்சுருள்வு, மிகவும் மெதுவாகவே நடைபெறுகிறது.

மிகப்பல பிறப்புகளை நடத்துதல்

ஒன்றுக்கு மேற்ப்பட்ட கர்ப்பத்தில், பிரசவ சிக்கல்கள் அடிக்கடி நிகழ்வதால்



படம் 193. இரட்டையர், ஒன்றுடன் ஒன்று பின்னிக் கொள்ளுதல்

இத்தகைய கர்ப்பம், உடலியங்கியல் நிகழ்வாகவோ அல்லது நோய் குறியியல் நிகழ்வாகவோ இருக்கலாம். மகப்பேறு உதவி, அறுவைகள், மருந்துகள் ஆகியவை ஒன்றுக்கு மேற்ப்பட்ட கர்ப்பத்தில் அடிப்படி தேவைப்படுகின்றன. ஆகவே பிரசவத்தின் போது ஒரு டாக்டர் இருப்பது அவசியம்.

இத்தகைய பிரசவத்தை நடாத்த, மகப்பேறு டாக்டருக்கு பெருமளவில் பொறுமை அவசியமாகும். பிரசவிக்கும் பெண், சிசுக்கள் ஆகியோரின் நிலையை மிகவும் கவனமாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். பிரசவத்தின் போக்கை துல்லியமாகக் கணிக்க வேண்டும். பிரசவிப்பிக்கு, உரிய காலத்தில், எளிதில் செரிமானமடையக் கூடிய, சத்தான உணவைக் கொடுக்க வேண்டும். அவளது சிறுநீரக, குடல் பணிகள் சீராக இயங்கும் வகையில் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். ஒரு ஒழுங்கு முறைப்படி, அவளது புறப்பிறப்புறுப்புக்கள், சுத்தமாக வைக்கப்பட வேண்டும்.

கருப்பையின் அசமந்த நிலையின் போது, கருப்பையின் சுருக்கங்கள், மருந்துகள் கொண்டு ஊக்குவிக்க வேண்டும். (பிரிவு 21) பிரவத்தின் விரிவடை நிலையின் போது, வேறு எந்த விதமான தலையீடுகளும் தேவையில்லை. பல நீர்ப்பனிக் குடங்கள் இருக்கும் போது, கருப்பைக் கழுத்துத்துவாரம் இரண்டு மூன்று விரல்களுக்கு விரிந்திருந்தால், (உரிய காலத்திற்கு முன்பாகவே) பனிக் குடத்தை செயற்கை முறையில் உடைத்துவிட வேண்டும். உபரியான பனிநீர் பட்டவுடன், கருப்பையின் அளவு சுருங்குகிறது. அதன் விரிவடைந்த நிலை குறைகிறது, சுருங்கும் தன்மை சீரடைகிறது. திரவம் துரிதமாக வெளிப்பட்டால், மேற்கை, தொப்பூழ் வடம் துருத்

தலோ அல்லது உரிய காலத்திற்கு முன்பே நச்சுக்கொடி பிரிவடைவதோ போன்ற பாதமான பின் விளைவுகள் நிகழலாம். ஆகவே, திரவம், படிப்படியாக, மெதுவாக வெளிப்படுத்தப்பட வேண்டும். இதைச்சாதிக்க, பனிக்குடத்தின் மத்தியில் துளையிடாமல், பக்கத்தில் துளையிட வேண்டும். இதைச் செய்யும் கையை, யோனியிலிருந்து உடனே வெளியே எடுத்து விடாமல், படிப்படியாக வெளியே எடுப்பதால், திரவம் வேகத்துடன் வெளிப்படுவது தவிர்க்கப்படுகிறது.

வெளியேற்று கட்டம், இயற்கையாகவே இருக்க வேண்டும். தாய்க்கும் சேய்க்கும் ஆபத்து விளையும் நிலையில் மட்டுமே முனைப்பான மகப்பேறு உதவிகள் அளிக்கப்பட வேண்டும். கருப்பையின் மந்த மிலையின் போது, சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கும் மருந்துகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிசுவிற்கு மூச்சுத்திணறல் ஏற்படுவதை தவிர்க்கும் முறைகளும் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்.

முதல் சிசு பிறந்த பின்னர், தொப்பூழ்கொடி சிசுப்பக்கத்திலும் தாய்ப் பக்கத்திலும் முழுமையாகக் கட்டப்பட வேண்டும். தொப்பூழ் கொடி உரிய நேரத்தில் கட்டப்படாவிடில், முதலில் பிறந்த சிசுவின் தொப்பூழ்கொடியின் வழியாக இரத்த இழப்பு ஏற்பட்டு, ஒரு முட்டை இரட்டையரின் பிறக்காத சிசு, இறக்க நேரிடும்.

இரட்டையரில் முதல் சிசு பிறந்தவுடன், கருப்பையின் உள்ளிருக்கும் சிசுவை பரிசோதிக்க வேண்டும்: அதன் நிலை நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. இருதய தொனிகள் கேட்கப்படுகின்றன. பிரசவிப்பியின் உடல் நிலை அனுமதித்தால், 2வது சிசுவின் நிலை நீளவாட்டில் இருந்தால், மூச்சுத்திணறல் இல்லாமலிருந்தால், பிரசவம் தானாகவே இயற்கையான பிறப்புப்பாதை வழியாக நடக்க அனுமதிக்கலாம்.

20—30 நிமிடங்களில் இரண்டாவது சிசுவும் வெளிப்படாவிடில், பனிக்குடத்தைக் கிழிக்க வேண்டும். (திரவம் மெதுவாக வெளிப்பட வேண்டும்) பிரசவம், இயற்கையான போக்கை பின்பற்ற, அனுமதிக்கப்படுகிறது.

இரண்டாவது சிசு குறுக்கு வாட்டத்தில் இருந்தால், அதைத்திருப்பி, கால் தோற்றமடையச் செய்து, காலைப்பற்றி இழுத்து, கருப்பையிலிருந்து வெளியகற்ற வேண்டும்.

மூச்சுத்திணறலோ அல்லது பிறப்புப்பாதையிலிருந்து குருதிப்பெருக்கோ ஏற்படில், சிசுவை வெளிப்புறமாக சுழற்சி செய்து கருப்பையிலிருந்து அதை உடனே அகற்ற-அதன் தலை நல்ல உயரத்தில் இருந்தால்—முயற்சி செய்ய வேண்டும். தலை நிலை பெற்றுவிட்டாலோ அல்லது கூபக வெளிவாயிலில் இருந்தாலோ, மகப்பேறு இடுக்கி கொண்டு, பிரசவத்தை முடிக்க வேண்டும்.

பிரசவத்தின் மூன்றாவது கட்டத்திலும் சிறப்பு கவனம் செலுத்த வேண்டும். பிரசவிப்பியின் நிலையை உன்னிப்பாகக் கவனிக்க வேண்டும். குருதி இழப்பு, துல்லியமாக அளவிடப்பட வேண்டும்.

பிரசவ கடைசிக்கட்ட துவக்கத்தில் குருதிப்பெருக்கைத் தடுக்க முன்காப்பு முறையாக, பிரசவிப்பிக்கு 1 மி.லி. பிட்யூடரின் கொடுக்கப்பட வேண்டும். எனினும் இதுவும் தவறி குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டால், கருப்பையிலிருந்துஉடனடியாக நச்சுக்கொடியைஅகற்ற ஏற்பாடுகள் செய்யப்பட வேண்டும். நச்சுக் கொடி பிரிவடைந்ததற்கான அறிகுறிக காணப்பட்டால், புறமுறைகள் மூலம்

நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும். நச்சுக்கொடி பிரிவடையாவிடில், குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருந்தால், கைகொண்டு நச்சுக்கொடி அகற்றப்பட வேண்டும். (கருப்பையினுள் கையை நுழைத்து நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும்.)

வெளிப்பட்ட நச்சுக்கொடியை கவனமாக ஆய்வு செய்து, கருப்பையினுள் எஞ்சிய நச்சுக்கொடி ஏதாவது கருப்பையினுள் உள்ளதா எனவும் பிறந்த இரட்டையர்கள் ஒரு முட்டையினரா அல்லது இரு முட்டையினரா என்றும் உறுதிப்படுத்த வேண்டும்.

பிரசவத்தின் பின்னர் முதல் சில மணி நேரங்களுக்கு, பெண்ணின் நிலையை கவனமாகப் பேண வேண்டும். கருப்பையின் சுருக்கத்தையும், பிறப்புப் பாதையிலிருந்து வெளிப்பட்ட இரத்தத்தையும், அளவிட வேண்டும். மற்றுமொரு பிட்யூட்டரினும், எர்கோமெட்ரினும், கருப்பையின் சுருக்கங்கள் மெதுவாக இருந்தால் கொடுக்கப்படலாம். ஐஸ் கொண்ட பையை வயிற்றின் மீது வைக்க வேண்டும். அவசியமிருந்தால், கருப்பையை மசாஜ் செய்ய வேண்டும். குருதிப்பெருக்கை நிறுத்த மற்றும் பல முறைகளைக் கையாளலாம். (பிரிவு 25)

கருப்பையின் உட்சுருள்வு, பிரசவபின் காலத்தின்போது, ஒரு குழந்தை பிறந்தபோதைவிட, இரட்டையர் பிறப்பின் போது, மெதுவாகவே இருக்கிறது. ஆகவே லோகியாவை, சிறப்பு கவனத்துடன் பரிசோதிக்க வேண்டும். கருப்பையின் நிலையையும் பிரசவித்தவளின் நிலையையும் கவனிக்க வேண்டும். தேவையிருந்தால், கருப்பைச் சுருக்கத்தை ஊக்குவிக்கும் மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்பட வேண்டும். உடற்பயிற்சிகள், சிறப்பாக, உதவியளிக்கும். அவை, கூபகத்தளம், வயிற்றுச்சுவர் ஆகியவற்றின் தசைகளை வலுப்படுத்தும்.

இரட்டையர்கள், குறிப்பாக முதிராக்குழந்தைகள், சிறப்பாக கவனிக்கப்பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 15

கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலை.

கர்ப்பிணியில் தோன்றும் தொடர்ச்சியான நோயூக்கு நிலைகளே, கர்ப்பத்தின் நச்சு நிலையாகும். பொதுவாக, கர்ப்ப நிலை முடிந்தவுடன், இந்தக் கோளாறுகள் மறைந்து விடுகின்றன. குழந்தை பிறந்த பின் (அல்லது கருச்சிதைவுக்குப் பின்னர்), நச்சு விளைவின் எல்லா அறிகுறிகளும் மறைந்து விடுகின்றன. இந்தக் கோளாறுகள் கொடூரமாகவும், நீண்டகாலமும் நீடித்தால், பின் விளைவுகள் நீண்ட காலம் நிலைத்திருக்கும்.

கர்ப்ப கால நச்சு நிலைக்குக் காரணம், பல்வேறு நச்சுப்பொருட்கள் பெண்ணுடலின் மீது விளைபுரிவதாகும். இத்தகைய நச்சுப்பொருட்கள் உண்டாவதற்கான காரணங்களும் பலவாகும். இந்த நச்சுப் பொருட்கள் உடலிலேயே உருவாகின்றன. எனச்சில ஆசிரியர்கள் கருதினர். வளர்சிதை மாற்றக் கோளாறால், பெண்ணாலேயே, நச்சுப்பொருட்கள் உருவாக்கப்படுகின்றன. ஆனால், நச்சுப்பொருட்கள், நச்சுக் கொடியிலிருந்து உருவாகின்றன என சிலர் நம்பினர். இதன்படி, சீர் குலைந்த நச்சுகொடியின் பணிகலால், நச்சுப்பொருட்கள் தோன்றின; அவ்லவு கர்ப்பிணியின், பகுப்படைந்த கோரியான் பொருட்கள் இரத்த ஓட்டத்தினுட்செல்வதால் நச்சுப்பொருட்கள் உண்டாகின்றன. சிசுவின் வளர்சிதை மாற்றக் கழிவுப் பொருட்கள், தாயின் உடலில் நடுநிலைப்படுத்தப்படாவிடில் அல்லது உரிய காலத்தில் வெளியேற்றப்படாவிடில், (தேக்க நச்சு நிலை) அவை தேக்கமடைந்து கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலையைத் தோற்றுவிக்கின்றன எனமற்றொரு கோட்பாடு கூறுகிறது.

நச்சு நிலை கொண்ட கர்ப்பிணியிலிருந்து இத்தகைய நச்சுப்பொருட்களைத் தனிமைப்படுத்த மேற்கொள்ளப்பட்ட முயற்சிகள் அனைத்தும் பயனற்றுப் போயின. இதனால் தான், நச்சு நிலைக்குக் காரணம் நச்சுப்பொருட்கள் தான் என்ற கோட்பாடுகளுக்கு ஆதாரம் எதுவுமில்லாமல் போகிறது. கர்ப்ப நச்சு நிலையின் தடுப்பாற்றியல் கோட்பாடு, நமது கவனத்தை ஈர்க்கிறது. இந்தக் கோட்பாட்டின்படி, அயல் புரதங்களுக்கு பெண்ணின் மிகையான கூருணர்ச்சியின் விளைவாக இந்த நோய் நிலை தோன்றுகிறது. இந்த அயற்பொருட்கள் சிசுவிலிருந்தும் நச்சுக்கொடியிலிருந்தும் தோன்றி, கர்ப்பிணியினுட் செல்லுகிறது.

மற்றொரு கோட்பாட்டின்படி, நாளமில் சுரப்பிகளின் சீர்குலைந்த பணிகளால் நச்சுநிலை தோன்றுகிறது. ஆனால் கர்ப்பத்தின் நச்சு நிலையில் தோன்றும் ஹார்மோன் சமநிலை மாற்றங்களை, காரணம் என்று கொள்வ

தைவிட, விளைவுகள், எனக் கொள்ளலாம்.

கர்ப்ப நச்சுநிலை தோன்றுவது, பெண்ணின் நரம்பு மண்டலத்தின் பணி சார்ந்த பண்புகளைப் பொறுத்துள்ளது. கர்ப்பத்தால் பெண்ணின் உடலில் அதிகமான பளு ஏற்றப்படுகிறது. வளர்சிதை மாற்றத்தில் வேறுபாடுகளை உண்டாக்க, எல்லா உறுப்புக்கள், மண்டலங்கள் ஆகியவற்றின் பணிகள், மாற்றப்படுகின்றன. இவை உடலியங்கியல் சார்ந்தவையாக இருக்கலாம் அல்லது தக அமைவு மாற்றங்களாக இருக்கலாம். இவை, கர்ப்பத்தின் சகஜமான போக்குக்கும், சிசுவின் வளர்ச்சிக்கும், சாதகமாக அமைகின்றன. இந்த மாற்றங்கள் அனைத்தும் தோன்றுவதும் வளர்ச்சியடைவதும், நரம்பு மண்டலக்கட்டுப்பாட்டிலேயே நடக்கின்றன. கர்ப்பிணியின் நரம்பு மண்டலம்பாதிக்கப்பட்டால், உடலின் தக அமைவு பிரதிவினை சீர்குலைகிறது. சில உறுப்புக்கள் மற்றும் மண்டலங்கள் ஆகியவற்றின் பணிகளில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், நோயூக்குபவையாக மாறுகின்றன. வளர்சிதை மாற்றம் சீர்குலைகிறது; பல்வேறு அகவழி, புறவழித் தூண்டல்களுக்கான பிரதிவினைகளும் மாறுகின்றன. இந்தக் கோளாறுகள் அனைத்தும், நச்சு நிலை உண்டாவதை ஊக்குவிக்கின்றன. நரம்பு மண்டலப்பணியில் மாற்றம், நச்சுநிலை உண்டாவது ஆகியவை கீழ்க்கண்ட காரணங்களால் ஊக்குவிக்கப்படுகின்றன:— கடந்த கால கொடூர வியாதிகள்; தவறான அல்லது போதாத போஷாக்கு, முறையற்ற சுய சுகாதாரம், மிகையான உளைச்சல், பெண்ணுடலின் எதிர்ப்பு சக்தியை பலவீனப்படுத்தும் மற்ற அம்சங்கள். கர்ப்பத்தின் கடைசி காலத்தில் தோன்றும் நச்சு நிலை மிகவும் ஆபத்தானது. இரத்த மிகை அழுத்தம், இருதயநோய்கள், சிறுநீரக பாதிப்புகள், கல்லீரல் கோளாறுகள், நாளமில் சுரப்பி நோய்கள் (நீரிழிவு, தைராய்டின் மிகையான நச்சு நிலை இன்னபிற) ஆகிய நோய்கள் கொண்ட பெண்களில், கர்ப்பநச்சு நிலை தோன்றுகிறது.

மற்ற நோய்களின் பின்னணியில் தோன்றும் நச்சு நிலைகள், கூட்டான நச்சு நிலை எனப்படுகிறது.

கர்ப்பத்தின் நச்சு நிலைகளைக் கீழ்க்கண்டவாறு வரிசைப்படுத்தலாம்:

1) கர்ப்பத்தின் துவக்க கால நச்சு; கர்ப்ப கால வாந்தி, கட்டுப்படுத்த முடியாத வாந்தி, மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பு.

2) கடைசிக்கால நச்சுநிலை: பவுந்திரம், சிறுநீரக நோய், நச்சு முன்நிலை, நச்சு நிலை.

3) நச்சுநிலையின் அபூர்வ உகைகள்: சரும நோய்கள், கல்லீரல் வியாதி (கர்ப்பத்தின் போது காமாலை); நரம்பு மற்றும் எலும்பு, மற்ற மண்டலங்கள் ஆகியவற்றின் நோய்கள்.

கர்ப்ப துவக்க நச்சுநிலை

கர்ப்பத்தின் போது வாந்தியும், கட்டுப்படாத வாந்தியும், கர்ப்பத்தின்போது வாந்தி.

(எமிசிஸ்கிராவிடோரம்) கர்ப்பத்தின் துவக்க மாதங்களில் பெரும்பாலான பெண்கள், குறிப்பாக தலைச்சூலிகள், அதிகாலையிலான வாந்தியாலும், குமட்டலாலும் அவதியுறுகின்றனர். வாந்தி, தினமும் தோன்றுவதில்லை. பெண்ணின் பொது உடல் நிலையைப் பாதிப்பதில்லை. இதை, நச்சுநிலை என வகைப்படுத்த முடியாது. தினமும் பல தடவை வாந்திகள் உண்டாகி

(காலையில் மட்டுமின்றி), சாப்பிட்ட பின்னரும் வாந்தி ஏற்பட்டு அவதியுறுவதை நச்சுநிலை எனலாம். வாந்தியுடன் குமட்டலும், பசியின்மையும், உப்பான, காரணமான உணவுகள் மீதான ஆசையும் தோன்றுகின்றன. வாந்தி எடுத்த போதிலும் உண்ணப்பட்ட உணவின் ஒரு பகுதி வயிற்றிலேயே தங்கி விடுவதால், கர்ப்பிணி தனது எடையை இழப்பதில்லை. அசதி, சிடுசிடுப்பு, துயில் நிலை, சிலபோது தூக்கமின்மை ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன. கர்ப்பிணியின் பொது உடல்நிலை நன்றாக இருக்கிறது. உடல் வெப்பம் சகஜ நிலையில் இருக்கிறது; நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. (90 நிமிடம்) கர்ப்பத்தின்முதல் 2—3 மாதங்களில் வாந்தி தோன்றுகிறது; இதற்கு எளிதில் சிகிச்சை அளிக்கலாம் அல்லது தானாகவே அது முறைந்து விடுகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில் வாந்தி குறையாது, கட்டுப்படாத வாந்தி நிலையை அடைகிறது.

கர்ப்பத்தின் கட்டுப்படாத வாந்தி நிலை

(ஹைபர் எமிசிஸ்கிராவிடோரம்) ஆபத்தான இந்த நிலை, உடலின் இன்றியமையாத பணிகளைப் பாதிக்கும் மற்றும் பல கோளாறுகளுடன் காணப்படுகிறது.

இரவிலும் பகலிலும் 20 தடவைகளுக்கு மேலாக வாந்தி உண்டாகிறது. உணவோ, தண்ணீரோ உடலில் தங்குவதில்லை. உணவிற்கு ஒரு வெறுப்பு உண்டாகிறது. வாந்தியுடன், உமிழ்நீரும் மிகையாகச் சுரக்கிறது. பெண்கள் எடை இழக்கின்றனர். வாந்தி நீடித்தால், பெண்கள் எலும்பும் தோலுமாகின்றனர். சருமம் உலர்ந்து, தொய்வடைகிறது. நாக்கில் படிவு, துர்நாற்றமான மூச்சு, குறைந்த அளவிலான உடல் வெப்பம் உண்டாகிறது. நாடித்துடிப்பு நிமிடத்திற்கு 100—120 ஆகிறது. தமனி அழுத்தம் குறைகிறது. சிறுநீரில் அசிடோனும் புரதமும் காணப்படுகின்றன. நோயாளியின் தூக்கம் சீர்குலைகிறது. எளிதில் கிளர்த்தல் அடைகிறாள் அல்லது அடங்கலடைகிறாள். நோயின் தீவிரமான நிலையில் உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. தோல் மஞ்சளாக இருக்கிறது. நாடித்துடிப்பு வேகமாகவும் லயமற்றும் உள்ளது; பிதற்றல் தோன்றுகிறது. கட்டுக்கடங்காத வாந்திக்கு உடனடி சிகிச்சை தேவை, இல்லையெனில் பெண் மரணமடைகிறாள்.

கர்ப்பத்தின் வாந்திக்கு சிகிச்சை: நோயாளியை உடனடியாக மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டும். முழுமையான உள, உடல் ஓய்வு தேவை. மருத்துவமனையில் சேர்த்தால் தான் நோயாளியின் உடல் நிலை சீரடைகிறது.

நோயாளியின் சரியான பராமரிப்பு, ஓய்வு, போதிய தூக்கம், டாக்டருடன் சுமுகமான பேச்சு (நாளடைவில் வாந்தி நின்று விடும் என நோயாளிக்குக் கூற வேண்டும்), ஆகியவை சிகிச்சையில் இடம் பெறுகின்றன. எளிதில் செரிமானமடையக்கூடிய உணவு(ரொட்டி, பூர், தேயிலை, காபி, மாமிசம், மீன், முட்டைகள், வெண்ணை), அவளது உருசிக்கு சற்றாற்போல் இருக்க வேண்டும். படுக்கையிலிருந்து கொண்டே குறுகிய கால இடைவெளிகளில், குறைந்த அளவில், சாப்பிடுகிறாள். குளிர்ச்சியான உணவு, நோயாளியால் எளிதில் செரிமானிக்கப்படுகிறது.

உணவு கிரகிக்கப்படாவிடில், சிரை வழியாக குளுகோஸ் (40% கரையம் 30—60 மி.லி.) தரப்படுகிறது அல்லது உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்துடன்

கலந்து மலக்குடல் வழியாகக் கொடுக்கப்படலாம். திரவ இழப்பைத் தவிர்க்க உடலிதங்கியல் உப்புக்கரையம் (1 லிட்டர் உடலியங்கியல் திரவத்தில் 40% 100 மி.லி. குளுகோஸ் கலக்கப்படுகிறது), பெருமளவில் பயன்படுத்தப்படுகிறது. இதன் மூலம் போஷாக்குப் பொருட்களும் உட்செல்லுகின்றன. மலக்குடல் வழியாக கரையம் தினமும் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (1.5—2 லிட்டர் உடலியங்கியல் கரையமும், குளுகோசம்).

கஞ்சி, பால், முட்டைகள், மற்றும் பலபோஷாக்குப் பொருட்களை எனிமாவுடன் சேர்த்து விடலாம். நிமிடத்திற்கு 60—80 சொட்டுகள் என்ற விகிதத்தில் கொடுக்க வேண்டும். (மணிக்கு 200—300 மி.லி.) நோயாளியின் நிலை சீரடைந்து, அவள் தானாகவே உணவருந்துகிறாள்.

வைட்டமின்கள் (முதலில் வைட்டமின் ''சி'', ''பி'',) சிரை மூலம் குளுகோசுடன் கொடுக்கப்படுகின்றன (வாய் வழியாகவும் கொடுக்கலாம்.)

வாந்தி அதிகமாக இருந்தால் மருந்துகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். புரோமைடுகள் இதமளிக்கின்றன. (தினமும் 4% 50 மி.லி. சோடியம் புரோமைடு கரையம், மைக்ரோ இனிமாவாகக் கொடுக்கப்படலாம்)

காஃபீனுடன் புரோமினைச் சேர்த்துக் கொடுக்க வேண்டும், என்பது என். வி. கோபசேவாவின் கருத்து. 10% கரையமாக சிரை வழியாக சோடியம் புரோமைடு கொடுக்கப்பட வேண்டும். (தினமும் 10 மி.லி.) 10% காஃபீன் கரையம் 1மி.லி. (தினமும் 2 தடவை சரும அடி ஊசியாக) இந்த ஊசி மருந்துகள் 10—15 நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

இரவில் தூக்கத்தை நீடிக்க, பார்பமைல் (0.1—0.15கி), தினமும் இரண் தடவைகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிகிச்சை 7—10 நாட்களுக்கு நீடிக்கிறது. வாந்தி நிற்கவில்லையெனில் பார்பமைலை மைக்ரோ இனிமாவாகக் கொடுக்க வேண்டும். (30—40 மி.லி. உடலியங்கியல் கரையத்தில் 0.15—0.2 கி) நல்லது தூக்கத்திற்காக ல்யூமினாலும் கொடுக்கப்படலாம்.

கால்சியம் குளோளரடை (10% கரையம் 10 மி.லி.) சிரை வழியாகக் கொடுக்கலாம். அல்லது இனிமாவாகவும் (1/4 குவளை தண்ணீரிலோ, பாலிலோ, 10% கரையம் 1 மேசைக்கரண்டி) கொடுக்கலாம். சிறிதளவு (100—150 மி.ல்.) இரத்தமும் நல்ல பலனளிக்கிறது.

அமைனசின் மாத்திரைகள் அல்லது காப்சியூல் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (0.025 கி. அமைனசின், 0.5 கி. குளுகோஸ் தினமும் 2—3 தடவைகள்) அல்லது சிரை வழியாக 1 மி.லி. 2.5 % கரையம், குளுகோசுடன் சேர்த்து தினமும் ஒரு தடவை கொடுக்கலாம். புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு கரையத்தை, தசை ஊசியாகக் கொடுத்தாலும், வாந்தி கட்டுப்படுகிறது.

டிரோபெரிடால் போன்றவையும் பலனளிக்கின்றன. பல கேசுகளில் சிகிச்சை பலனளிக்கிறது. எனினும் வாந்தியை அடக்க முடியவில்லையெனில், கருச்சிதைவு செய்வது நல்லது.

மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பு

கட்டுப்படுத்த முடியாத வாந்தியின் போதோ, கர்ப்பநிலை வாந்தியின் போதோ, மிகையாக உமிழ்நீர் சுரக்கிறது. (டையாலிசம்) அது ஒரு தனிப்பட்ட நோய்க்குறி தொகுப்பாக இருக்

கலாம். தினமும் 1 லிட்டர் உமிழ்நீர் சுருக்கப்படலாம்.

ஓரளவான உமிழ்நீர்சுரப்பு, கர்ப்பிணியின் போது உடல் நிலையைப் பாதிப்பதில்லை. ஆனால் உமிழ்நீர் சுரப்பு மிகையாகிவிடில் நோயாளியின் அகவயநிலை மோசமடைகிறது. தூக்கமின்மை உண்டாகிறது. பெண் எடை இழக்கிறாள். மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்பால், உடலில் தீவிரமான கோளாறுகள் உண்டாவதில்லை. கருச்சிதைவு தேவையில்லை.

வாந்திக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையே, மிகையான உமிழ்நீர் சுரப்புக்கும் அளிக்கப்படலாம். ஓய்வு, புரோமைடுகள், தூக்க மருந்துகள் ஆகியவற்றுடன், குறுகிய இடை வெளியில் குறைந்த அளவில் உணவும் எடுத்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும். சிரை வழியாகவோ, மலக்குடல் வழியாகவோ குளுகோஸ் செலுத்தப்படலாம். மிகையான உமிழ் நீர் சுரப்பு மோசமாக இருந்தால், குறைந்த அலகில் அட்ரோபின் (தினமும் இரண்டு வேளை—0.0005 கிராம்) கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்ப கடைசிக்கால நச்சு நிலை

கர்ப்ப கடைசிக்கால நச்சு நிலை என்பது (மகோதரம், சிறுநீரக நோய், எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலை; எக்ளாம்ப்சியா) ஒரு நோயுக்கு நிகழ்வு வளர்ச்சியின் பல கட்டங்கள் ஆகும் துவக்க நிலையான மகோதரம், மிகக்கொடூர வகையான சிறுநீரக நோயாக மாறுகிறது. சிறுநீரக நோய் எக்ளாம்ப்சியா முன்நிலையாக மாறி பின்னர் எக்ளாம்ப்சியாவாக மாறுகிறது எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையையும், சிறுநீரக நோயையும் தொடர்ந்து எக்ளாம்ப்சியா நோய் உண்டாகிறது.

மகோதரம்

கர்ப்பத்தின் கடைசி வாரங்களில் காணப்படும் கால்களின் வீக்கம் குறைந்த அளவிலான, எளிதில் மறையக்கூடிய நிலைகோடலால் உண்டாலதாகும். இதை நச்சுநிலை எனக்கொள்ளக் கூடாது.

பெருமளவிலான, ஓரளவு நிரந்தரமான வீக்கமே, கர்ப்பத்தின் மகோதரம் எனப்படுகிறது. (ஹைட்ராப்ஸ் கிராவிடேரம்) கர்ப்பத்தின் உண்டாவது பகுதியில், குறிப்பாக கடைசி வாரங்களில், மகோதரம் தோன்றுகிறது. நிலைகோடல் வீக்கம் முதலில் தோன்றுகிறது. பின்னர், கால்கள், பாதங்களின் நிரந்தர வீக்கமாக மாறுகிறது. மகோதரத்தில் தொடைகளும், புறபிறப்புறுப்புக்குளும் வீக்கமடைகின்றன. தீவிரமான மகோதரத்தில் உடல் முழுவதுமே வீங்குகிறது.

உடலில் தண்ணீர் தேங்குவதால், கர்ப்பிணிக்கு எடை அதிகரிக்கிறது. சகஜநிலையில் வாரத்திற்கு 250—300 கிராம் எடை கூடுகிறது. ஆனால் மகோதரத்தில் 500—700 கிராம் எடை கூடுகிறது. வீக்கம் மறைந்து இருக்கலாம். ஆகவே வீக்கமின்றி உடல் எடை அதிகரிப்பு, மகோதரத்தில் ஒரு முக்கிய அறிகுறியாகும். திட்டமிட்டு எடையைக் கணக்கிட்டால் தான், இத்தகைய கேசுகளில், மகோதரத்தை நிர்ணயிக்க முடியும், பெரும்பாலும், திரவம், சரும அடி செல் திசுவிலேயே தேங்குதிறது. பொதுவாக சீர குழிவுகளில் (வயிறு, புளுரா. முதலியன) திரவம் தேக்கமடைவதில்லை. தண்ணீர்—உப்பு வளர்சிதை மாற்றச்சீர் குலைவையும், தந்துகிகளின் மிகையான ஊடுருவித்திறனையும் பொறுத்து, திரவத்தேக்கம் அமைகிறது. மிகையான ஊடுருவுத்

தன்மை கொண்ட இரத்த நாளங்களி லிருந்து கிடைக்கும் திரவங்களும் உப் புக்களும் திசுக்களில் தேக்கமடைகின் றன.

மகோதரத்துடன் இருதயம் மற்றும் கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள், மற்ற உறுப் புக்கள் ஆகியவற்றில் எந்த வித மாற் றங்களும் காணப்படுவதில்லை. தமனி இரத்த அழுத்தம் சகஜமாகவே இருக் கிறது. சிறுநீரில் புரதம் காணப்படுவ தில்லை. வீக்கம் அதிகரிக்கும் போது, சிறுநீர் பிரிவது குறைகிறது. நோயா ளியின் பொது உடல் நிலை சீராகவே உள்ளது. பெருமளவிலான வீக்கத்தில் தான், கர்ப்பிணிக்கு அசதியும், அதிக எடை உணர்வும் தோன்றுகிறது.

கர்ப்ப கால திரவத் தேக்கம் நிலை யான ஒரு அம்சமாகும்; வீக்கம் குறை யலாம்; ஆனால் மீண்டும் தோன்றலாம். படுக்கையில் ஓய்வும் போதிய உணவும் இதமளிக்கிறது. ஆனால், பெண் சகஜ வாழ்வுக்குத் திரும்பும் போது நோய் மீண்டும் தோன்றுகிறது. சில போது, பிரசவத்திற்கு முன்பு வீக்கம் தானா கவே குறைகிறது; பெரும்பாலான பெண்களில், குழந்தை பிறந்த பின்னர் வீக்கம் குறைந்த விடுகிறது.

டாக்டரின் பரிந்துரைகளை கர்ப்பிணி பின்பற்றாவிடில் மகோதரம், மற்று மொரு கொடூரமான வியாதியில்—சிறு நீரக நோய்—முடிகிறது.

சுயசுகாதாரம், போதுமான போ ஷாக்கு, சகஜமான வாழ்வு ஆகியவை மகோதரத்தைத் தடுப்பதற்கான முறை களாகும். கர்ப்பணியை முறைப்படி பரிசோதித்து வந்தால், உருவாகப் போகும் நோயை உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்து விடலாம். உடல் எடை யை வாரந்தோறும் கணக்கிடல் மிக வும் முக்கியமாகும். கர்ப்பகால மகோ தரத்திற்கான

சிகிச்சை: உணவையும், திரவ பானங் களையும் (தினமும் 3—4 குவளைகள்) குறைத்து விட வேண்டும். உணவில் உப்பு இருக்கக் கூடாது. உணவில் பெரும் பாலும் மாவுப் பொருட்களும் வைட் டமின்களும் இருக்க வேண்டும். மாமி சத்திற்குப் பதிலாக தயிர், புளித்த பால், பாலாடைக்கட்டி ஆகியவற்றைக் கொடுக்கலாம். தீக்கம் குறையும் போது வேக வைத்த மாமிசத்தை மீண்டும் பயன்படுத்தலாம். (குறைந்த அளவில்) வீக்கம் மிகையாகவும், நிரந்தரமாகவும் இருந்தால், நோயாளியை மருத்துவம னையில் சேர்த்து விடவும்.

வீக்கம் அதிகமாக இருக்கும் போது, படுக்கையில் ஓய்வு, அளவுக்குட்பட்ட தண்ணீர், உப்பில்லா உணவு (வீக்கம் குறையும் வரை) ஆகியவை அவசியம். வீக்கத்தைக் குறைக்க, அம்மோனியம் குளோரைறுடு (0.2—0.3கி பவுடர்), ஹைபோதையாசைடு, போன்ற மற்றும் பல சிறுநீர் பிரிக்கிகளை பயன்படுத் தலாம்.

கர்ப்பத்தின் சிறுநீரக நோய்:

கர்ப்ப கால சிறுநீரக நோயின் (நெப் ரோபதியாகிராவிடேரம்) சிறப்பான மூன்று அறிகுறிகள் வருமாறு:— 1)வீக் கம் 2) சிறுநீரில் புரதம். 3) இரத்த மிகு அழுத்தம். சில போது சிறுநீரக நோய்களில் கீழ்க்கண்ட ஜோடி அறி குறிகள் காணப்படுகின்றன:—இரத்த மிகு அழுத்தமும், வீக்கமும்; வீக்கமும், சிறுநீரில் புரதமும்; இரத்தமிகு அழுத் தமும் சிறுநீரில் புரதமும். மகோதரப் பின்னணியில், வழக்கமாக சிறுநீரக நோய் உருவாகிறது. வீக்கத்துடன் இரத்தமிகு அழுத்தமும், சிறுநீரில் அல் புமினும் காணப்படுகின்றன. கூடுதலான தமனி அழுத்தம், 130 மி.மீ பாதரசத்

திற்கு மேலாக உள்ளது. 150—180 மி. மீ. ஆகவும், சிலபோது 200 மி.மீ—க்கு மேலாமகவும் அதிகரிக்கலாம். சிறுநீரில் புரதம் 0.1—5 அல்லது 6%—க்கு மேலாகவும் இருக்கலாம். கொடூரமான சிறுநீரக நோய்களில் சிறுநீரக வார்ப்புகள் காணப்படலாம். தினமும் பிரியும் சிறுநீரின் அளவு குறைகிறது.

சிறுநீரக நோயின், கூட்டான பல் வேறு அறிகுறிகளில் இரத்தமிகு அழுத்தம் தான் மிகவும் முக்கியமானது. இரத்த நாளப்பணிகளின் நரம்புக் கட்டுப்பாடு சீர்குலைவதால், இரத்த மிகு அழுத்தம் தான் மிகவும் முக்கியமானது. இரத்த நாளப்பணிகளின் நரம்புக்கட்டுப்பாடு சீர் குலைவதால், இரத்தமிகு அழுத்தம் உண்டாகிறது. நுண்தமனிகளும், தந்துகிகளும் சுருக்கங்களால் பாதிக்கப்படுகின்றன; தமனிச்சுவ ளின் ஊடுருவு தன்மை அதிகரிக்கிறது; நாளங்களிலும், திசுக்களிலும் திரவங்கள் மற்றும் உப்புக்கள், சீரல்புமின்கள், தேக்கமடைவதால், திசுக்களுக்கும், உறுப்புக்களுக்கும் ஆக்ஸிஜன் வழங்கப்படுவது தடைபடுகிறது. கொடூரமான சிறுநீரக நோயில் ஆக்ஸிஜன் பற்றாக் குறை தோன்றுகிறது. இதே போது கல்லீரவின் பணியும் பாதிக்கப்படுகிறது. இதனால் தண்ணீர்—உப்பு, மற்றும் புரதம், கொழுப்பு ஆகியவற்றின் வளர்சிதை மாற்றம் சீர்குலைகிறது. ஆக்ஸிகரணமாகாத வளர்சிதை மாற்றப் பொருட்களின் அளவு, உடலில், அதிகரிக்கிறது.

தலைச்சூலியில், பெரும்பாலும் சிறுநீரக நோய் தோன்றுகிறது. கர்ப்பகால கடைசி மாதங்களில் இந்த நிலை உருவாகி, குழந்தை பிறக்கும் வரை நீடிக்கிறது.

பெண்ணில் சிறுநீரக நோய் தோன்றுவது ஆபத்தானது. ஏனெனில் இது, எக்ளாம்ப்சியாவில் முடியலாம். சிறுநீரக நோயின் போது, சிசுவின் வளர்ச்சி குன்றி விடுகிறது. மரித்த பிறப்பு விகிதம் அதிகமாக உள்ளது.

சகஜமான வாழ்வு, கர்ப்பத்தின் போது போதிய போஷாக்கு, மகோதரத்தை உரிய காலத்தில் கண்டு பிடித்து சிகிச்சை அளிப்பது, ஆகியவை சிறுநீரக நோயைத் தடுப்பதற்கான வழிமுறைகளாகும். சிறு நீரில் அல்புமின் இருக்கிறதா என முறைப்படி பரிசோதித்தல், இரத்த அழுத்தத்தை அளவிடல், உடல் எடையைக் கணித்தல்ஆகியவை சிறுநீரக நோயை துவக்கத்திலேயே கண்டுபிடிப்பதற்கான முக்கியமான வழிகளாகும்.

சிறுநீரக நோய் கொண்ட நோயாளிகளை மருத்துவமனையில் சேர்ப்பது நல்லதாகும். ஒவ்வொரு கர்ப்பிணியையும்—அறிகுறிகள் எத்துணை குறைவாக இருந்த போதும்—நோய்வாய்ப்பட்ட கர்ப்பிணிகளின் பகுதியில் சேர்ப்பது நல்லது. நோயாளிக்கு படுக்கையில் ஓய்வும், குறைந்த அளவில் தண்ணீரும், உப்பும் கொண்ட உணவும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சிறுநீரக பாதிப்பு அதிகமாக இருந்தால், உணவில் அறவே உப்பு இருக்கக் கூடாது. மாவுப்பொருட்களே உணவாகக் (கஞ்சு, வதக்கிய, புதிய பழங்கள், சர்க்கரை, வடிசாறு முதலியன) கொடுக்கப்பட வேண்டும். தயிர், வேகவைத்த புலால் மீன் (குறைந்த அளவில்) போன்றவை புரதப்பொருட்களாகக் கொடுக்கப்படலாம். வீக்கமும், இரத்தமிகு அழுத்தமும் அதிகமாக இருந்தால், பட்டினி உணவு (1—1.5 கிலோ ஆப்பிள்கள், சீனியுடன்) கொடுக்கப்படுகிறது. வைட்டமின்கள் ''ஏ'', ''சி'', ''பி'' ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

நோயாளியின் நிலையைக் கவனித்து,

அவளது எடையையும், இரத்த அழுத்தத்தையும்; தினமும்வெளிப்படும் சிறுநீரின் அளவையும் அள விட வேண்டும். தினமும் 2—3 தடவை சிறுநீர் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். வெப்பமான, காற்றோட்டமுள்ள அறையில் நோயாளி தங்க வேண்டும். வெப்பமான துளிக் குளியல் சிபாரிசு செய்யப்படுகிறது. (நோயாளியின் நிலை அனுமதித்தால் தினமும் துளிக்குளியல் கொடுக்கப்படலாம்)

மக்னீஷியம் சல்பேட் (20 மி.லி. 25% கரையம் தினமும் நான்கு தடவை—6 மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை தசை ஊசியாக) கொடுக்கப்படுகிறது. தேவை இருந்தால் 2—3 நாட்களில் மீண்டும் ஒரு தடவை மக்னீஷிசிய சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. இந்த சிகிச்சையால் இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது; ஒண்ணுக்குப் போவது அதிகரிக்கிறது; (வீக்கம் குறைகிறது) நரம்பு மண்டலக்கிளர்த்தல் மட்டுப்படுகிறது. குளுகோஸ் (40% கரையம் 25—30 மி.லி.) (அஸ்கார்பிக் அமிலத்தையும் கலந்து) சிரை வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. கால்சியம் குளோரைடு (ஒரு மேசைக்கரண்டி 10% கரையம் தினமும் மூன்று வேளை), மக்னீசியம் சல்பேட் கொடுப்படாத நாட்களில், கொடுக்கப்படுகிறது. இரத்த அழுத்தத்தைக் குறைக்க மிகவும் சக்தி வாய்ந்த மருந்து மைனசின் ஆகும். இதை வாய் மூலமாகவோ, தசை ஊசியாகவோ, சிரை வழியாகவோ கொடுக்கலாம். மக்னீசியம் சல்பேட் (20—25% கரையம் தினமும் 2 தடவை), அமைனசின் (2.5% கரையம் 1மி.லி. தினமும் ஒரு தடவை தசை ஊசியாக) பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. அமைனசினை, ரிசர்பினுடன் கலந்தும் கொடுக்கலாம். (0.1—9.25 மி.கி.வாய் வழியாக தினமும் 2—3 தடவைகள்.) மற்ற மருந்துகளையும் (டைபசால், பெண்டமைன், முதலியன) கொடுக்கலாம். வீக்கத்தின் போது, சிறுநீர் பிரிவு மருந்துகள் கொடுக்கப்படலாம். மதர் ஓர்ட், வலீரியன் வேர் ஆகியவற்றின் டிகாக்ஷனை, தூக்க மருந்தாகப் பயன்படுத்தலாம். (நெம்புடால், நாக்சிலோன், படுப்பதற்கு முன்பு).

பல ஆண்டுகளுக்கு முன்பு, கொடுமையான சிறுநீரக பாதிப்பின் போது சிரை அறுவை செய்யப்பட்டது. சமீப காலத்தில் இந்த முறை கைவிடப்பட்டது. ஏனெனில் சிறுநீரக பாதிப்பின்போது, சுழற்சியில் இருக்கும் இரத்தம் மிகக் குறைவாகவே இருக்கிறது. ஆகவே இனியும் இரத்தக்குறைப்பு செய்தால், வேண்டத்தகாத விளைவுகள் ஏற்படலாம்.

எக்ளாம்ப்சியா முன்நிலை:

கர்ப்பிணிக்குத் தேவையான சுகாதார நெறி முறைகளைப் பின்பற்றாவிடில், அல்லது சிறுநீரகப்பாதிப்புக்கு உரிய சிகிச்சை அளிக்காவிடில், எக்ளாம்ப்சியா முன்நிலை நோயில் முடிகிறது.

எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையின் மருத்துவ அறிகுறிகள் வருமாறு:—வீக்கம், இரத்த மிகு அழுத்தம், சிறுநீரில் அல்புமின் (சிறுநீரகப் பாதிப்பின் மூன்று அறிகுறிகள்). சிறுநீரக பாதிப்பிலிருந்து எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையை அடையும் போது மேற்கூறிய அறிகுறிகளின் தீவிரத்தன்மை அதிகரிக்கிறது. இரத்த மிகு அழுத்தம், வீக்கம்,சிறுநீரில் அல்புமினுடன் தலைவலி, கண்ணின் முன்பு பட்டாம் பூச்சிகள் பறப்பது தோற்றம், (டெய்காப்சியா) விலா அடி வலி வயிற்றுவலி ஆகியவையும் தோன்றுகின்றன.

வாந்தியும், தூக்கமின்மையும், சிடுசிடுப்பும் உண்டாகின்றன. தலைவலியும், பார்வைக்கோளாறுகளும் (ஸ்கோடோமா) பெருமூளை இரத்த ஓட்டசீர் குலைவின் அறிகுறிகளாகும். விழித்திரையில் ஏற்பட்ட மாற்றங்களின் விளைவாக பார்வை மந்தம் (வீக்கம், குருதிப்பெருக்கு, விழித்திரைக்கிழிசல்) உண்டாகிறது. இரத்த ஓட்டக் கோளாறுகள், சிறுநீரக, கல்லீரல் பணி சிதைவுகள், பாதிக்கப்பட்ட வளர்சிதை மாற்றம் ஆகியவை, சிறுநீரக பாதிப்பில் இருப்பதை விட எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையில் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன. மூச்சுத்திணறல் மிகையாக இருக்கிறது.

எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலை, எந்த நேரத்திலும் எக்ளாம்ப்சியாவில் முடியலாம். எக்ளாம்ப்சியாவாக மாறாமலேயே, இன்றியமையாத உறுப்புக்களில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம். தாய்க்கும் சேய்க்கும் தீமைபயக்கும், நச்சுக் கொடியின் உரிய காலத்திற்கு முன்பான பிரிவும், கர்ப்பத்தின் மற்ற சிக்கல்களும் உண்டாகலாம். சிசுவின் மூச்சுத்திணறலால் கருப்பையினுள்ளேயே சிசு மரித்து விடக்கூடும் அல்லது பிரசவத்தின் போது சிசு மரணடையலாம்.

சிகிச்சை: நோயாளியை உடனடியாக மருத்துவமனையில் சேர்த்து விட வேண்டும். தனி அறையில் அனுமதிக்கப்பட்டு, இடைவிடாது கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். (ஒரு நிமிடம் கூட நோயாளி தனியாக இருக்கக் கூடாது.) ஒலி, பிரகாசமான வெளிச்சம், வலி, கிளர்த்தும் உணர்வுகள் போன்ற உறுத்தக்கூடிய எல்லா அம்சங்களும் அகற்றப்பட வேண்டும். பழரசம் மட்டுமோ (தினமும் 300—400 மி.லி.) அல்லது பழங்களோ (500—800கி.). அனுமதிக்கப்பட்ட முதல் நாள், தரப்படலாம். வேறு எந்த வகையான உணவும் அனுமதிக்கப்படாது. குளுகோஸ் (30—40 மி. லி. 40% கரையம்) தினமும் இரண்டு தடவை சிரை வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. உப்பில்லா உணவும், குறைவாக திரவங்களும் அடுத்த சில நாட்களுக்குக் கொடுக்கப்படுகின்றன. மக்னீசிய சிகிச்சை அல்லது அமைனசின் (மக்னீசியம் சல்பேட்டுடன் ரிசர்பினும் கலந்து) பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

தலைவலி நீடித்தால், மருத்துவ அட்டைகள் (ஒவ்வொரு மாஸ்டாய்டு புடைப்பிலும் மூன்று அட்டைகள்) பயன்படுத்தப்படலாம்.

வீக்கத்தின் போது சிறுநீர் பிரிக்கிகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. அமைதியூட்டி மருந்துகளும் பலனளிக்கின்றன.

உரிய சிகிச்சையைத் தெரிந்தெடுத்து விட்டால், எக்ளாம்ப்சியாவைத் தவிர்த்து விடலாம். பெண்ணின் நிலையும் சீரடைந்து, கர்ப்பத்திற்கு எந்த ஊறும் நேராது.

எக்ளாம்ப்சியா:

கர்ப்ப நச்சு நிலையின் இறுதிக் கட்டம் தான் எக்ளாம்ப்சியா (பிரசவ கால வலிப்பு நோய்) ஆகும். எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையிலிருந்தோ, சிறுநீரக பாதிப்பிலிருந்தோ, இது, உண்டாகிறது. இன்றியமையாத எல்லா உறுப்புக்கள், மண்டலங்களின் பணிகள் பாதிக்கப்பட்டதற்கான அறிகுறிகள் வெளிபடுகின்றன. எக்ளாம்ப்சியாவின் மிக முக்கிய அறிகுறி உடல் தசைகளின் வலிப்பாகும். (இசிவு) இதைத் தொடர்ந்து, நினைவிழப்பு (கோமா) உண்டாகிறது.

பொதுவாக எக்ளாம்பசியா பிரசவத்தின் போதே தோன்றுகிறது. அபூர்வ

மாக கர்ப்பத்தின் போதும் உண்டாகிறது. சிலபோது, குழந்தை பிறந்த பின் எக்ளாம்ப்சியா தோன்றலாம். இந்நோய், தலைச்சூலிகளிடம் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம், குறுகலான கூபகம், சிறுநீரக மற்றும் இரத்த நாள வியாதி கொண்ட பெண்கள் ஆகிய சூழ்நிலைகளில் இந்நோய் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.

எக்ளாம்ப்சியாவின் **மருத்துவ வெளிப்பாடுகள்** வருமாறு:—எக்ளாம்ப்சியா முன்நிலை அல்லது சிறுநீரக பாதிப்பு ஆகியவற்றின் அறிகுறிகளுடன் வலிப்பும் தோன்றுகிறது. இதற்கு முன்னர், தீவிரமான தலை வலி, பார்வை பாதிப்பு தூக்கமின்மை, அமைதியற்ற நிலை, இரத்த மிகு அழுத்தம், சிறுநீரில் அல்புமின் ஆகியவை உண்டாகின்றன. ஒவ்வொரு வலிப்பும் 1—2 நிமிடங்கள் நீடிக்கின்றன. வலிப்பின் துவக்கத்தின் போது முகத்தசைத்துடிப்பு மூடிய கண்ணிமைகள்—கண்ணின் விழிவெண்படலம் மட்டும் தெரிகிறது—வாயின் கோணங்கள் கீழிறங்கிக் காணப்படுகின்றன. உடலின் எல்லாத் தசைகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. உடல் இறுக்கமடைகிறது, மூச்சுவிடல் பாதிக்கப்படுகிறது; முகம்நீலநிறமடைகிறது. (விறைத்த வலிப்புகள்) முகம், மற்றும் உடல், கைகால்கள் ஆகியவற்றில் வலுவான வலிப்புகள் தோன்றி, 30—40 வினாடிகள் நீடிக்கின்றன. வலிப்புகள் படிப்படியாக குறைகின்றன; முரட்டுத்தனமான மூச்சு வெளிப்படுகிறது; வாயில் துரைவெளிப்படுகிறது. (சரியானபடி பாதுகாக்கப்படாவிடில், நோயாளி தனது நாக்கைக் கடித்து விடுகிறாள்.) வலிப்புகள் நின்றவுடன், ஒரு குறிப்பிட்ட நேரம் வரை, நோயாளி நினைவிழந்த நிலையில் இருக்கிறாள். நினைவு மீண்டும் வருகிறது. நடந்தது எதுவும் அவளுக்கு ஞாபகம் இல்லை. சிலபோது, நினைவிழப்பு நிலையின் போது, மீண்டும் வலிப்புகள் தோன்றுகின்றன. இத்தகைய தாக்குதல்கள் 2—10 ஆக இருக்கலாம். நவீன கால சிகிச்சையில், இத்தகைய தாக்குதல்களை 1—3 எனக் குறைத்து விடலாம். குழந்தை பிறந்த பின்னர், வலிப்புகள் தோன்றுவதில்லை. கர்ப்பத்தின் போது தோன்றக்கூடிய வலிப்புகளை உரிய சிகிச்சை மூலம் தவிர்க்கலாம்.

எக்ளாம்ப்சியாவில், இன்றியமையாத பல பணிகள் பாதிக்கப்படுகின்றன. மத்திய நரம்பு மண்டலப்பணிகள் சீர்குலைகின்றன. அதன் கிளர்ந்தல் தன்மை அதிகரிக்கிறது. இதன் போது, சப்தம், பிரகாசமான வெளிச்சம் வலிப்புகளை ஊக்குவிக்க முடியும். இரத்த சுழற்சிக் கோளாறுகள் முனைப்படைகின்றன. மூளையில் வீக்கம் தோன்றுகிறது; மூளை மற்றும் கல்லீரல், பிற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றினுள் குருதிப் பெருக்கு ஏற்படுகிறது. ஆக்ஸிஜன பற்றாக்குறை அதிகரிக்கிறது. வளர்சிதை மாற்றம் சீர்குலைகிறது. கொழுப்பு, புரத வளர்சிதை மாற்றத்தின் ஆக்ஸிகரணமடையாத பொருட்கள் உடலில் தேக்கமடைகின்றன. கல்லீரல் மற்றும் சிறுநீரகங்கள், மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றில் வளர்ச்சி குலைவு ஏற்பட்டு, அவற்றின் பணிகள் பாதிக்கப்படுகின்றன. மூத்திரம் குறைவாகவே வேளிப்படுகிறது. அதில் புரதமும், சிறுநீரக வார்ப்புகளும் காணப்படுகின்றன. நச்சுக்கொடியில் காணப்படும் குருதிப் பெருக்கும், மற்ற மாற்றங்களும், சிசுவிற்கு ஊறுவிளைவிக்கின்றன.

தாய்க்கும், சேய்க்கும், எக்ளாம்ப்சியா, தீமை பயக்கிறது. எக்ளாம்ப்சி

யாவின் முதல் தாக்குதலின் போது அல்லது தாக்குதல் குறைந்தபின், பெண் மரணமடைய முடியும். மரணத் திற்குக் காரணங்களாவன:—மூளை யில் குருதிப்பெருக்கு, மூச்சுத்திணறல், இருதய தளர்வு, நுரையீரல்களில் நீர் தேக்கம். உடனுக்குடனான மருத்துவ உதவி கிடைக்காவிடில் இரண்டாத்த ரக் காயங்கள் ஏற்படலாம்:—ஊமைக் காயங்கள், எலும்பு முறிவுகள், நாக் குக்கடிப்பு. உள்ளிழுப்பு நிமோனியா, சிறுநீரகக் கோளாறு, உளநோய்கள் போன்றவையும், எக்ளாம்ப்சியா தாக் குதலின் பின்னர் ஏற்படலாம்.

எக்ளாம்ப்சியாவில், கருப்பையுள் சிசுவுக்கு மூச்சுத்திணறல் ஏற்படலாம் மரித்த பிறப்பு விகிதமும் அதிகமாகவே உள்ளது. சமீபகாலங்களில், எக்ளாம்ப் சியாவால் ஏற்படும் மரணங்கள் குறைந் துள்ளன. இதற்கு முன்காப்பு முறைக ளும், சிகிச்சையும் காரணமாக உள்ளன.

எக்ளாம்ப்சியாவைக் கட்டுப்படுத்த முதல் சாதனம், முன்காப்பு முறைகளேயா கும். மகப்பேறு மருத்துவநிறுவனங்க ளில் இதற்கு போதிய கவனம் செலுத் தப்பட்டு வருகிறது. கீழ்க்கண்டவற் றின் அடிப்படையில் முறைகள் அமைந் துள்ளன:—1) கர்ப்பத்தின் போது, சுகாதார, மற்றும் உணவு நெறிமுறை களை முழுமையாகப் பின்பற்றல். 2) மகப்பேறு மருத்துவ ஊழியர்களால் கர்ப்பிணி, ஒழுங்காகவும், கவனமாக வும் பேணப்படுதல். 3) கடைசிக்கால கர்ப்ப நச்சு விளைவுகள், மற்றும் கர்ப்ப மகோதரம், சிறுநீரக பாதிப்பு, எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலை ஆகியவற் றை உரிய நேரத்தில் கண்டு பிடித்து சிகிச்சை அளித்தல். முன்னோடிகளுக்கு உரிய சிகிச்சை அளித்தால் எக்ளாம்ப்சி யாவைத் தவிர்க்க முடியும்.

எக்ளாம்ப்சியாவுக்கு சிகிச்சை. பல் வேறு தயாரிப்புகள், ஹார்மோன்கள், குழந்தை பிறப்பை துரிதப்படுத்துதல் (கூபகம், வயிறு வழியாக) போன்ற பல சிகிச்சை முறைகள் கையாளப்பட் டன. இவற்றில் எதுவுமே பலனளிக்க வில்லை. தாய், சேய் மரண விகிதம் அதிகமாகவே இருந்தது.

எக்ளாம்ப்சியா சிகிச்சையின் திருப்பு முனையுடன், ரஷ்ய மகப்பேறு மருத் துவ நிபுணர் வி.வி.ஸ்ட்ரகனோவின் பெயரை இணைப்பது மிகவும் பொருத் தமாகும். இவர், எக்ளாம்ப்சியா கேசு களை பராமரிப்பதிலும், சிகிச்சை செய் வதிலும் பெருத்த மாற்றங்களை உண் டாக்கினார். துரிதமாக அறுவை சிகிச் சை செய்வதிலும், எக்ளாம்ப்சியா கேசு களை பராமரிப்பதிலும் புதிய அணுகு முறைகளைக் கையாண்டார்.

வி.வி. ஸ்ட்ரகனோவின் கூற்றுப்படி, எக்ளாம்ப்சியாவின் பெருத்த ஆபத்து, விலிப்பு தாக்குதல்களாக இருபதால், அவற்றை எக்காரணம் கொண்டும் தடுத் தேயாக வேண்டும். கிளர்த்தலை உண் டாக்கும் சூழ்நிலைகளிலிருந்து நோயா ளிகளை அப்புறப்படுத்தி வைக்க வேண் டும். அவர்களுக்கு தூக்க மருந்துகள் கொடுத்தல் ஆகியவையே முக்கியமான முறைகளாகும். அவையாவன: 1) செளி மற்றும், கண், தோல் ஆகியவை சார்ந்த தூண்டல்களை அகற்றுதல்; நல்ல காற் றோட்டமுள்ள சப்தம் எதுவுமில்லாத அறையில் நோயாளி இருக்க வேண்டும். பரிசோதனைகள், ஊசிகள், உட்குழல் செலுத்தல் போன்ற எல்லா செய்மு றைகளும், நோயாளியின் துயில் நிலை யிலேயேயசெய்யப்பட வேண்டும். 2) மார்ஃபீன், குளோரால் ஹைட்ரேட் கொண்டு எக்ளாம்ப்சியா தாக்குதல்க ளைச் சமாளிக்க வேண்டும். (0.015 கி. மார்ஃபீன், 1 மணி நேரம் கழித்து இனிமா மூலம் 2கி. குளோரால் ஹைட்

ரேட். 3 மணி நேரங்கள் கழித்து 0.015 மார்ஃபின் 7 மணி நேரங்களில் 2கி. குளோரால் ஹைட்ரேட் 13—21 மணி நேரங்களில் 1.5 கி. குளோரால் ஹைட் ரேட். அதாவது 0.03 கிராம் மார்ஃ பீன், 7 கி. குளோரால் ஹைட்ரேட் 1 நாளில்). 3) மிக அவசரமாக குழந்தை பிறப்பை நடத்தாமல், துரிதப்படுத்த வும். (படலங்களை உடைத்தல், இடுக்கி உதவி, புற சுழற்சி, சிசுவை வெளிப்ப டுத்துதல்). 4) உடலின் மற்ற மண்ட லப்பணிகளை (இருதய) சீராகப்பே ணுதல்.

ஸ்ட்ரகனாவின் முறை, சோவியத் யூனியனில் பெருமளவில் கையாளப்படு கிறது. பல வெளி நாடுகளிலும் கையா ளப்படுகிறது. பிறப்பு விகிதத்தை 5—6 தடவைகள் குறைக்க, இந்த முறை கையாளப்படுகிறது.

சமீப காலங்களில் ஸ்ட்ரகனவின் முறை செம்மை படுத்தப்பட்டுள்ளது. தூக்க மருந்துகள் கொடுப்பது நிறுத் தப்பட்டது. ஏனெனில் சில, தூக்க மருந் துகள், நோயாளியின் மீது பாதகமான விளைவுகளை உண்டாக்கின. பெருமள விலான ளிக்க மருந்துகள் மத்திய நரம்பு மண்டலத்தை செயலற்றதாக்கின. ஏற் கனவே நினைவிழுந்து இருக்கும் நோயா ளிக்கு இது தீங்கு விளைவித்தது. மார் ஃபீன், சிறுநீர் பிரிவை பாதித்தது. இது எக்ளாம்ப்சியா நோயாளிக்கு பாதக மாக அமைகிறது. குளோரோபார்மும், குளோரல் ஹைட்ரேட்டும், ஏற்கனவே உள்ளுறுப்புக்களை மேலும் பாதித்தன. ஆகவே மார்பினையும் [குளோரல் ஹைட்ரேட்டையும் (டி.பி.புரோவ்கின் யோசனைப்படி) எடுத்துவிட்டு, அதற் குப்பதிலாக முறையே மக்னீசியம் சல் பேட்டையும் ஈதரையும் பயன்படுத்தி னர். குறைந்த அளவில் பயன்படுத்தப் பட்டால் ஈதர், எந்த தீங்கையும் விளை விக்காது. அதில் இருக்கும் குறைகள், அதன் நல்ல விளைவுகளால் ஈடு செய் யப்பட்டன. மார்ஃபீன் (1—1.5 மி.லி. 1% கரையம்), நோயாளியை மருத்து வமனைக்கு அழைத்துச் செல்லும் முன் னர், கொடுக்கப்படுகிறது. மகப்பேறு டாக்டர் ஒரு வரின் உதவியுடன் மருத் துவமனைக்கு நோயாளி அழைத்துச் செல்லப்பட வேண்டும்.

தற்காலத்தில் எக்ளாம்ப்சியாவுக்கு கீழ்வ ருமாறு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.

1) எக்ளாம்ப்சியாவில், மூளையின் உணர்வு, இயக்கக்கேந்திரங்கள் கிளர்த் தல் நிலையில் உள்ளன. பல்வேறு தூண் டல்கள்—பிரகாசமான வெளிச்சம், ஒலி, வலி—அனிச்சைப் பாதைகள் வழி யாக வலிப்புகளை ஊக்குவிக்க முடியும். சிகிச்சையின் பிரதானமான அம்சம் முழுமையான ஓய்வு ஆகும். பார்வை, கேட்பது, தொடல், வலி சார்ந்த எந் தத்தூண்டல்களும் இருக்கக் கூடாது. நோயாளி அனுமதிக்கப்பட்டவுடன், வெளிப்புற, யோனிப்பரிசோதனை கள் செய்யும் முன்னர், ஊசிகள் போடு முன்பு, உட்குழல் செலுத்தும் போது. சிரை அறுவையின் போது, மற்ற செயல் முறைகளின் போது, ஈதர் கொண்டு உணர்வு நீக்கம் செய்ய வேண்டும். நோயாளியைப் பாதிக்கும் சப்தம் போன்ற எந்த விதத்தூண்டலும் செல்ல முடியாத அறையில், நோயாளி இருக்க வேண்டும். மகப்பேறு மருத்துவமனை களில் எக்ளாம்ப்சியாவுக்கு சிறப்பு அறைகள் கட்டப்பட வேண்டும்.

2) மகப்பேறு நிபுணர் ஒருவர் எந்த நேரமும் நோயாளியைக் கண்காணிக்க வேண்டும். டாகட்ரின் அறிவுறையின் பேரில், நோயாளிக்குத் தேவையான

மருத்துவ, சுகாதார சிகிச்சைகள் அளிக்கப்படுகின்றன, அறைக்கு நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க வேண்டும், நோதயாளியை கம்பளி கொண்டு போர்த்த வேண்டும். அவளைப்புரண்டு படுக்கச் செய்ய வேண்டும். சருமத்தை சுகாதாரமாகப் பாதுகாக்க வேண்டும்; குடல், சிறுநீரகப் பணிகளை மேற்பார்வையிட வேண்டும். இரத்த அழுத்தத்தை அளவிட வேண்டும். மூச்சு விட ஆக்ஸிஜன் அளிக்க வேண்டும். வாயிலிருந்து நுரையைத் துடைக்க வேண்டும். இவை அனைத்தும் மகப்பேறு டாக்டரின் கடமைகளாகும்.

3) தாக்குதல் வரப்போகிறது. எனத் தெரிந்தவுடன்(முகத்தசைகளின் துடிப்பு, கண்ணிமைகளின் துடிப்பு), மகப்பேறு டாக்டர், வாய் விரிக்கியை உட்செலுத் வேண்டும். (அல்லது தட்டையான கட்டை, வலைத்துணி சுற்றிய கரண்டி) நாக்கைக்கடிப்பதைத் தவிர்க்க கடைவாய் பற்களுக்கிடையே வாய் விரிக்கி செலுத்தப்பட வேண்டும். வலிப்புத் தாக்குதல்களின் போது, நோயாளி, தன்னைக் காயப்படுத்திக் கொள்ளாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். நோயாளி மூச்சு விட துவங்கியது, முகத்தின் நீல நிறம் மாறும் வரை ஆக்ஸிஜன் கொடுக்க வேண்டும். உமிழ்நீர், மூச்சுப்பாதைகளினுள் செல்லாதபடி, ஒரு கைக்குட்டை கொண்டு வாயைத் துடைக்க வேண்டும்.

4) 25 மி.லி. 25% மக்னீசியம் சல்பேட் கரையம், தசை ஊசியாக 6 மணி இடைவெளிகளில் கொடுக்க வேண்டும். ஒரு நாளில், 25 கி.க்கு அதிகமாக மக்னீசியம் சல்பேட் கொடுக்கப்படக் கூடாது.

மத்திய நரம்பு மணடலத்தின் மிகை கிளர்த்தலை மட்டுப்படுத்துவதில், மக்னீசியம் சல்பேட்டின் சாதக விளைவு அமைந்திருக்கிறது. மக்னீசியம் சல்பேட்டின நாள விரிக்கி விளைவும் முக்கியமானது தான். (அது, ரத்த நாள இறுக்கங்களை குறைக்கிறது) மக்னீசியம் சல்பேட் இரத்த அழுத்தத்தை மட்டுப்படுத்துகிறது. தந்துகியின் இரத்த ஓட்டத்தை சீரடையச் செய்கிறது. மேற்கண்ட விளைவுகளைத் தவிர மக்னீசியம் சல்பேட், சிறுநீர் பிரிவையும் ஊக்குவிக்கிறது.

மேற்கூறிய மூன்று பண்புகளால் தான், (மத்திய நரம்பு மண்டலத்தை அடங்கச் செய்வது, இரத்த அழுத்தத்தைக் குறைத்தல், சிறுநீர்ப் பிரிவை அதிகரித்தல்) எக்ளாம்ப்சியா சிகிச்சைக்கு மக்னீசியம் சல்பேட் மிக முக்கியம் வாய்ந்தது எனக்கருதப்படுகிறது.

அர்ஃபோனோடு (பிரசவத்தின் போது சிரை வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது), வயட்ரில், இரத்த அழுத்தத்தைக் குறைப்பதில் பங்கு பெறுகிறது. மக்னீசியம் சல்பேட்க்குப் பதிலாக அமைனசீனைப் பயன்படுத்தலாம். (1 மி.லி. 2.5% கரையத்துடன் 40—60 மி.லி. 40% களுகோஸ் கரையம் தினமும் இரண்டு தடவை சிரை வழியாக அல்லது புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு கரையம் தசை ஊசியாக) அமைனசின், இரத்த அழுத்தத்தைக் குறைக்கிறது; மூளையின் மிகையான கிளர்த்தலை மட்டுப்படுத்துகிறது. மற்ற சுருக்க எதிர் மருந்துகளையும் பயன்படுத்தலாம்.

5) பல ஆண்டுகளுக்கு முன்பு, சிரை அறுவை முறையைக் கையாண்டு இரத்த அழுத்தத்தைக் குறைத்து, நோயாளியின் பொது நிலையையும் சீர் செய்தனர். ஆனால் சமீப காலத்தில் இந்த முறை கைவிடப்பட்டது. ஏனெனில் 1) இரத்த நாளம் சார்ந்த அதிர்ச்சி

ஏற்பட்டது 2) எக்ளாம்ப்சியாவில் இரத்த உற்பத்தி குறைந்தே இருந்தது. 3) வரப்போகும் பிரசவத்தில், இரத்த இழப்பைக் கணிக்க முடியாது.

6) எம்ளாம்பசியாவில், சிரை வழியாக குளுகோசைச் செலுத்துவது ஒரு முக்கியமான முறையாகும். இதன் மூலம் கபால உள் அழுத்தம் குறைகிறது; சிறுநீர் பிரிவு அதிகரிக்கிறது; மையோகார்டியத்தின் போஷாக்கு அதிகரிக்கிறது. குளுகோஸ், மிகை அமில நிலையைக் குறைக்கிறது; தந்துகியில் இரத்த சுழற்சியை அதிகரிக்கிறது. 30—50 மி.லி. அலகில் (40 கரையம்) அஸ்கார்லிக் அமிலத்துடன் (0.2 கி.) தினமும் 2—3 தடவைகளாக குளுகோஸ் கொடுக்கப்படுகிறது.

ஹைபோதையசைச் (டைகுளோதயாசிட், எசிட்ரெக்ஸ்) மானிடால், லேசிக்ஸ் (ஃபுரோசேமைட்) போன்ற மற்றும் பல சிறுநீர் பிரிக்கிகள், எக்ளாம்பசியாவில் (எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலையிலும்) சிக்கலான சிகிச்சையில் கையாளப்படுகின்றன. திசுக்களிலிருந்து உபரியான திரவம் அகற்றப்படுகிறது. உடலின் இன்றியமையாத பல பணிகள் சீரடைகின்றன.

7) சிகிச்சை, போதிய பலனளிக்காவிடில், தண்டு வடத்துளை முறை கையாளப்படுகிறது. ஆனால் சிகிச்சை முறைகள் பலனளித்தால், இந்த முறை தேவையில்லை.

8) பிரசவத்தை துரிதமடையச் செய்ய, எக்ளாம்ப்சியாவில், பல முறைகள் கையாளப்படுகின்றன. பனிக்குடத்தை துரிதமாக துளை செய்வது கையாளப்படுகிறது; (கருப்பைக் கழுத்து 2—3 விரல்கள் அகலமாக திறந்திருந்தால்) மகப்பேறு கிடுக்கி, புறசுழற்சி, சிசுவின் கூபகத்தைப்பிடித்து வெளியேற்றுதல் போன்ற முறைகள் கையாளப்படுகின்றன. மற்ற முறைகள் பலனளிக்காவிடில், மிகவும் அவசியமாக இருந்தால், சிசேரியன் முறை கையாளப்படுகிறது. சிறுநீர் சுரக்காமை, விழித்திரை அழற்சி, அல்லது வழித்திரை கிழிசல், நச்சக்கொடி உரிய காலத்திற்கு முன்பாகப் பிரிதல், போன்ற மற்றும் பல சிக்கல்கள் தோன்றினால், கூபக வழியாக சிசு வர முடியாததால், சிசேரியன் முறை கையாளப்படுகிறது.

எக்ளாம்ப்சியா தாக்குதல் குறைந்து விட்டால், கர்ப்பம் காப்பாற்றப்படுகிறது. அபூர்ரமாகவே, உரிய காலத்திற்கு முன்பான பிரசவம் தூண்டப்படுகிறது. பிரசவத்தின் போது எக்ளாம்ப்சியா தோன்றினால், மேற் கூறியது போன்றே சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

சோவியத் யூனியனில் எக்ளாம்ப்சியாவுக்குக் கொடுக்கப்படும் சிகிச்சையில் தாயின் சேயின் நலம் பேணப்படுகிறது. ஸ்ட்ரகனோவ் காலத்திற்கு மந்தியதை விட, தற்போது இறப்பு விகிதம் மிகவும் குறைந்து விட்டது. முன்னர் 5—6 தடவைகள் ஏற்படும். ஆனால் தற்காலத்தில் 1—2 தாக்குதல்களே நிகழ்கின்றன. மூன்று, நான்கு தாக்குதல்கள் மிகவும் அபூர்வம்.

சோவியத் ரஷ்யாவில், சென்ற பல ஆண்டுகளாக, எக்ளாம்ப்சியா தோன்றுவது மிகவும் குறைந்து விட்டது.

எக்ளாம்ப்சியாவிலிருந்து சீரடைந்தவர்களுக்கு சிறப்புசிகிச்சையும் பராமரிப்பும் அளிக்கப்பட வேண்டும். பிரசவத்தின் பின்னர் தினமும் இரத்த அழுத்தம் அளவிடப்பட வேண்டும். 2—3 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை சிறுநீர் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணின் பொது உடல் நிலை, அவரது இருதயத்தின் பணி, மூச்சுமண்டலத்தின் நிலை, பால் உறுப்புக்களின் உட் சுருள்வு ஆகியவை கண்காணிக்

கப்பட வேண்டும். சீழ்தொற்று, நிமோனியா, போன்ற மற்றும் பல சிக்கல்கள் பிரசவத்தின் பின் காலத்தில் தோன்றலாம் என்பதை நினைவில் கொண்ண வேண்டியது அவசியமாகும்.

எக்ளாம்ப்சியா மற்றும் பல நச்சுநிலைகளால் பாதிக்கப்பட்ட பெண்களுக்குப் பிறக்கும் குழந்தைகளுக்கு நோய் எதிர்ப்பு சக்தி குறைவாக இருக்கும்; தட்பவெப்ப மாற்றங்களும், சுற்றுப்புற சூழ்நிலையின் பாதக அம்சங்களும் இத்தகைய குழந்தைகளைப் பாதிக்கலாம். ஆகவே இத்தகைய குழந்தைகளுக்கு சிறப்பு கவனமும், அணுகுமுறையும் தேவை.

மருத்துவமனையிலிருந்து விடுவிக்கப்பட்ட பின்னரும், தாயும் சேயும் நன்கு பராமரிக்கப்பட வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணின் இரத்த அழுத்தம், பல நாட்களுக்கு அதிகமாகவே இருக்கும் என்பதையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். எக்ளாம்ப்சியாவின் போது உண்டான தலைவலியும், சிறுநீரகக் கோளாறும் பல நாட்களுக்கு நீடிக்கலாம்.

கர்ப்பகால நச்சு நிலையின் அபூர்வ வகைகள்:

தோல் நோய்கள்

கர்ப்பத்தின் போது தோன்றி, குழந்தை பிறந்த பின் மறைந்து விடும் பல தோல் நோய்கள் உள்ளன. அவற்றின் வெளிப்பாடுகளாவன:—அரிப்பு, எக்சீமா, தடிப்புச்சொறி, செந்தோல், அக்கி முதலியன.

கர்ப்பத்தின் துவக்கத்தின் போதும் இறுதியிலும் அரிப்புத் தோன்றலாம். அரிப்பு புறபிறப்புக்களில் மட்டும் காணப்படலாம், அல்லது உடல் பூராவுமே தோன்றலாம். முனைப்புடன் கூடிய அரிப்பின் போது தூக்கமின்மை, மனச்சோர்வு, உறுத்தல் ஆகியவையும் இருக்கும்.

நரம்புப்பணியையும், வளர்சிதை மாற்றத்தையும் கட்டுப்படுத்துதல்; (புரோமைடுகள், பார்பிட்டுரேட்டுகள், கால்சியம் குளோரைடு, வைட்டமின்கள்); போதிய போஷாக்கு (குறைந்த அளவில் புரதங்களும், கொழுப்புக்களும்); முறையான வாழ்க்கை (போதிய ஓய்வு, முறையான உறக்கம், விழிப்பு நிலையும்); ஆகியவை கொண்டு, சரும நோய்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்கலாம்.

கர்ப்பத்தின் போது காமாலை:

கர்ப்பத்தின் போது தோன்றும் காமாலை, பல்வேறு நோய்களின் அல்லது கர்ப்ப நச்சு நிலையின் அறிகுறியாக இருக்கலாம். கொள்ளை நோயான கல்லீரல் அழற்சி, பித்த நாளங்களின் வியாதிகள் (பித்தப்பைக் கற்கள்) ஆகியவற்றின் அறிகுறியாகவும் இருக்கலாம். கட்டுப்படாத வாந்தி மற்றும், கல்லீரல் பதிப்பால் கற்படும் எக்ளாம்ப்சியா ஆகியவற்றிலும் காமாலை தோன்றலாம். காமாலை, ஒரு தனியான நச்சு நிலை நோய் குறித் தொகுதியாகும். பெரும்பாலும் கல்லீரல் பாதிக்கப்பட்டு இருப்பது அபூர்வமாகும். கர்ப்பத்தின் முதல் இரண்டாவது பாதியில், காமாலை, உண்டாகிறது. காமாலையுடன் அரிப்பும், சிலபோது, வாந்தியும் தோன்றுகிறது. காமாலை, பலகாலம் நீடித்திருக்கலாம் (வாரங்கள், பாதங்கள்). பிரசவத்தின் பின்னரோ அல்லது கருச்சிதைவின் பின்னரோ, முழுமையாக மறைந்து விடுகிறது. கொள்ளை நோ

யான கல்லீரல் அழற்சி அல்லது கடந்த காலத்தின் பிற நோய்கள், காமாலை தோன்றுவதற்குக் காரணமாக இருக்கலாம், என நம்பப்படுகிறது. கர்ப்பத்தின் போதான காமாலை, கல்லீரல் கோளாறின் அதிர்ச்சியூட்டும் ஒரு அறிகுறியாகும். நோயாளியை உடனடியாக மருத்துவனையில் அனுமதிக்க வேண்டும்; காமாலையின் காரணங்களைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். தொற்றும் தன்மை கொண்ட கல்லீரல் அழற்சிக்கு சிறப்பு சிகிச்சை தேவை. கல்லீரல் அழற்சி, கல்லீரல் பித்தப்பை அழற்சி ஆகியவற்றிற்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையே இதற்கும் பொருந்தும். சில போது கருச்சிதைவு அவசியமாகிறது.

கல்லீரல் தீவிர மஞ்சல் நலிவு:— இது மிகவும் அபூர்வமான ஒன்று. அடக்க முடியாத வாந்தியின் போதோ, நானாகவோ, இந்த நோய் உண்டாகலாம். இந்த நோயில், கல்லீரலின் சீர்குலைந்த நலிவும், கல்லீரலின் அளவு குறைதலும், நசிவுகள் தோன்றலும், சூம்பலும், காணப்படுகின்றன. இந்த நோய் மிகவும் கொடூரமானது. (மிகையான காமாலை, அரிப்பு, வாந்தி, வலிப்பு, நினைவிழப்பு) அதேகமாக மரணத்தில் முடிகிறது. கருச்சிதைவுசெய்தல் நல்லது. வெகு அபூர்வமாகவே சீரடைகிறது. கல்லீரல் பெருமளவில் பாதிக்கப்படுகிறது.

டெடனி, மூச்சுக்குழல் ஆஸ்துமா, சோகை, கர்ப்பத்தின் மற்றும் பல நோய்கள் ஆகியவை கூட, நச்சுநிலையாகக் கருதப்பட்டது. இந்த வியாதிகளும், நரம்பு மண்டலத்தின் மற்ற கோளாறுகளும்—கர்ப்பத்தின் போது முதல் தடவையாகத் தோன்றுபவை— நச்சுநிலை நோய்களல்ல. அவை கர்ப்பிணிகளிலும், கர்ப்பிணியல்லாத பெண்களிலும் காணப்படுகிறது. சில உறுப்புக்களின் மாறிய பணிகளும், உடலின் மாற்றியமைந்த பிரதி வினையும், ஏற்கனவே நோய்வாய்ப்பட்ட உறுப்புக்களை மேலும் சீர்குலையச் செய்கிறது.

கருப்பையுள் சிசு, சிசுப்படலங்கள், நச்சுக்கொடி ஆகியவற்றின் நோய்களும், அசாதாரண வளர்ச்சியும்.

சிசு மற்றும் நச்சுக்கொடி, சிசுப்படலங்கள் ஆகியவற்றின் அசாதாரண வளர்ச்சிக்கான காரணங்கள் தெளிவாக இல்லை. கருப்பையுட் சிசுவின் மீது வினை புரியும் பாதகமான சுற்றுப்புற அம்சங்களால் அசாதாரண வளர்ச்சிகள் உண்டாகலாம். என ஊகிக்கப்படுகிறது. பரம்பரை அம்சங்களாலும் வளர்ச்சியில் குறைபாடுகள் உண்டாகலாம் அல்லது முதன்மையான பால் சார்ந்த செல்களின் மீது பாதகமான அம்சங்களின்தீயவிளைவாலும் இருக்கலாம்.

கருவின் சகஜ வளர்ச்சி பல அம்சங்களால் பாதிக்கப்படலாம். அவையாவன:—தாயின் தொற்றும் நோய்கள், நச்சு விளைவுகள், ஆக்ஸிஜன் பற்றாக்குறையுடன் உள்ள வியாதிகள், கூடுதலான உடல் வெப்பம், எக்ஸ்கதிர்கள், தீய வேதியியப் பொருட்கள் இன்னபிற.

அல்கஹால் நச்சு வினைவு, நிகோடின், மருந்துகள் (டாக்டரின் அனுமதியின்றி கர்ப்பிணியில் எடுத்துக் கொள்ளப்பட்ட மருந்துகள்), பாக்டீரியாக்கள், மற்றும் வைரஸ்களால் உண்டான நோய்கள் ஆகியவை சிசுவின் முறையான வளர்ச்சியைப் பாதிக்கலாம். துவக்ககால வளர்ச்சியின் போது (கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்கள்) மேற்கூறிய அம்சங்களுக்கு, கரு, கூருணர்வு கொண்டுள்ளது. வளர்ச்சியின் கோளாறுகள் முக்கியத்துவம் வாய்ந்தவை. இவை சிசுவுக்கு ஒத்துக் கொள்ளாததால் பிறப்பதற்கு முன்போ, அல்லது பிறந்த உடனேயே சிசு மரிக்கிறது. சில போது தனியான உறுப்புக்கள் அல்லது உடலின் பாகங்கள் மட்டுமே (உதட்டின் விகார வளர்ச்சி, விரல்கள், பால் உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் கோளாறுகள்) பாதிக்கப்படுகின்றன. இவை, சிசுவின் வளர்ச்சியைப் பாதிப்பதில்லை.

சிசுவின் வளர்ச்சியில் குறைபாடுகள், முதிர்ந்த பின் காலந்தாழ்த்திய பிரசவம், கருப்பையுள் சிசு மரணம்

நீர்கபாலம். இது, தலையில் நீர் தேக்கத்தைக் குறிக்கிறது. (படம் 194) கபாலக்கூரையில் திரவத்தின் அசாதாரணத் தேக்கத்தால் இது நிகழ்கிறது. சில கேசுகளில் தேங்கிய திரவத்தின் அளவு 2 முதல் 3 லிட்டர்கள் வரை இருக்கிறது. மிகப் பெரிய நீர் கபாலம் மிகவும் அபூர்வமே.

திரவத்தேக்கத்துடன், தலை அளவில் அதிகரிக்கிறது. கபால எலும்புகள் பிரிந்து தையலிடங்கள் விரிகின்றன. உச்சிமென் தோல் பெரிதாகின்றது; எலும்புகள் நலிவடைந்து மெலிகின்றன. திரவத்தின் மோதலால், மூளை நலிவடைகிறது. நீர் கபாலத்தின் விளைவாக கபால—கூபக முரண்பாடு தோன்றுகி

படம் 194. நீர்கபாலம்

றது. கூபகநுழைவாயிலில், பெரிதான தலை அமுக்கப்படுகிறது; கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி, பெருமளவில் விரிவடைகிறது. இதனால் கருப்பை கிழிந்துபடும் அபாயம் தோன்றுகிறது. பிற, மற்றும் யோனிப்பரிசோதனைகளால் நீர்கபாலம் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. கூபகத்தில் நிலைபெற முடியாத பெரிய அளவிலான தலையை புறப்பரிசோதனை மூலம் தெரிந்து கொள்ளலாம். அசாதாரணமான அகன்ற தையல் இடங்களும், மிகப்பெரிய உச்சி மென்தோல் மையங்களும், மெல்லிய, வளையக்கூடிய

படம் 195. மூளையில்லா சிசு

கபால எலும்புகளும், யோனிப்பரிசோதனை மூலம் தெரிகின்றன.

நிர்ணயம் ஆனவுடன், சிசுவின் தலையை, ஆணி கொண்டோ ஊசிகொண்டோ துளைத்து, தலையிலிருந்து திரவத்தை வெளிப்படுத்த வேண்டும். (கருப்பைக்கழுத்து நன்கு விரிந்திருக்க வேண்டும்) இதன் மூலம் தலையின் அளவு குறைகிறது; பிரசவம் தானாகவே நிகழ்கிறது. துரிதமாகப் பிரசவத்தை முடிக்க வேண்டும் என்ற சூழ்நிலை இருந்தால் (கருப்பையின் மந்த நிலை, மிகையான காய்ச்சல் இன்ன பிற) கிரேனியோ கிளாஸ்ட் உதவியுடன் சிசு வெளிக்கொணரப்படுகிறது.

மூளையில்லாதத்தலை. இந்த வளர்ச்சி விகாரத்தில், கபாலத்தின் கூரையும், பெரும்பகுதி மூளையும் காணப்படுவதில்லை; எனினும் முகம் நன்கு வளர்ச்சியடைந்துள்ளது. மிகச்சறிய தலை, தோள்கள் மீதே நேரடியாகப் பொருந்தியுள்ளன. கண்கள் துருத்திக் கொண்டுள்ளன. (தவளைத்தலை) மூளையில்லாதத்தலை கொண்ட சிசு (படம் 195) மரித்தே பிறக்கிறது; அல்லது பிறந்தவுடன் மரிக்கிறது. பிரசவம் சகஜமாகவே இருக்கிறது.

மூளைப்பிதுக்கம். இந்த மூளைப்பிதுக்கத்தில், முன் உச்சி மென்தோல் வழியாகவோ, பின்தலை வழியாகவோ அல்லது மூக்குப்பாலம் வழியாகவோ, மூளைப்பிதுக்கமடைந்து துருத்தக் கொண்டிருக்கிறது. பிரசவத்தில் பிரச்சினை எதுவும் இல்லை. சிசு, உயிருடனேயே பிறக்கலாம். ஆனால் விரைவிலேயே மரணமடைகிறது.

அண்ணப்பிளவு. மேலுதடு, கடின அண்ணம், மேற்தாடை ஆகியவை பிளவுபட்டு, வாயுடனும், மூக்குக்குழிவுகளுடனும் தொடர்பு கொண்டுள்ளது. சிசு பால் உறிஞ்சும் போது, பால் மூக்

கின் வழியாக வெளிப்படுகிறது. ஆகவே பாலூட்டத்தின் போது, கைமகவை செங்குத்தாக வைத்திருந்தால் பால் நேரடியாக உணவுக்குழலுக்குள் செல்ல வாய்ப்புண்டு.

பிளந்த உதடு. மெலுதட்டில், ஒரு பிளவு காணப்படுகிறது. இந்த விகாரம், பால் உறிஞ்சுவதையோ, குழந்தையின் சகஜ வளர்ச்சியையோ பாதிப்பதில்லை.

அண்ணப்பிளவையும், பிளந்த உதடையும் ஒட்டு அறுவை மூலம் சரி செய்யலாம். பிறந்த சில மாதங்கள் கழித்தோ அல்லது முதல் வருடத்திலேயோ, அறுவை சிகிச்சையை மேற்கொள்ளலாம்.

மகப்பேறு நிறுவனங்களில், பிறந்த சில மாதங்களில், பிளந்த உதடை ஒட்டு அறுவை சிகிச்சை மூலம் சீர் செய்யலாம்.

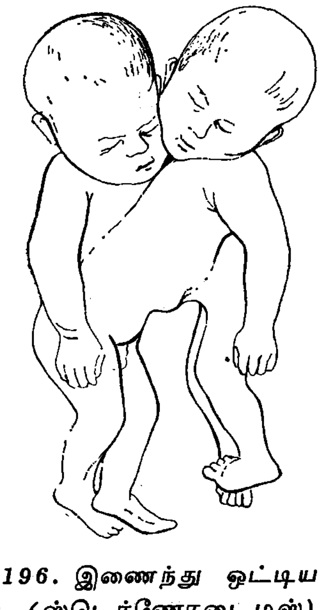
பிளந்த முதுகெலும்பு. தண்டு வடத்தைப் போர்த்தியுள்ள (கீழ்முதுகுப்பக்கத்தில்) எலும்பு கால்வாயில் ஏற்படும் பிளவு, பிளந்த முதுகெலும்பெனப்படுகிறது. தண்டுவடக் கால்வாயின் துவாரம் வழியாக தண்டுவடம் துருத்திக் கொண்டிருக்கிறது. ஆகவே, தண்டுவடத்தின் மேல், தோலும் படலங்களுமே காணப்படுகின்றன. இந்த விகாரம், சகஜமான பிரசவத்தைப் பாதிப்பதில்லை.

தொப்பூழ் பிதுக்கம். இது பல்வேறு வகையானது. வயிற்றுச் சுதரில் காணப்படும் துவாரம் மிகப்பெரிதாக இருந்தால், குடலின் பெரும்பகுதி (கல்லீரலும், ஓமெண்டமும் உள்ளிட்டு) தொப்பூழ் வழியே துருத்துகிறது. மிகப்பெரிய தொப்பூழ் பிதுக்கம் கூட, சகஜமான பிரசவத்தைப் பாதிப்பதில்லை. சிறிய பிதுக்கங்களை அறுவை முறையால் சரி செய்யலாம். மிகப்பெரிய பிதுக்கங்கள், சிசுவின் மரணத்திற்குக் காரணமாக அமைகிறது.

துளையில்லா குதம். இது மிகவும் ஆபத்தான ஒரு நிலையாகும். சிசுவுக்கு உடனடியாக ஆபரேஷன் செய்தால் ஒழிய, குழந்தை பிழைப்பது கடினம். பிரசவ அறையிலேயே குழந்தையை முழுமையாக பரிசோதிப்பதன் மூலம் இந்தக் குறைபாடைக் கண்டு பிடிக்கலாம். பிறந்த அன்றே, சிசுவின் குடல் பணிகளை ஆராய்வதன் மூலமும் இந்தக் குறைபாடை நிர்ணயிக்கலாம்.

பல விரல்கள். இந்த வளர்ச்சி விகாரத்தில், கைகளிலோ அல்லது கால்களிலோ, அளவுக்கு அதிகமாக விரல்கள் காணப்படுகின்றன. இவை, குறைவளர்ச்சியுடனேயே காணப்படுகின்றன.

இணைந்து ஒட்டிய இரட்டையர். ஒரு முட்டை ஒரு அம்னியான் இரட்டையர், உடலின் பல்வேறு பகுதிகள் இணைந்து ஒட்டி பிரசவிக்கின்றனர். தலைகள், மார்புகள், வயிறு (படம் 196 குண்டிகள் ஆகியவை இணைந்து ஒட்டியிருக்கலாம். விந்தணுவின் அரைகுறை



படம் 196. இணைந்து ஒட்டிய இரட்டையர் (ஸ்டெர்னோடைமஸ்).

யான பகுப்பால், அரக்கர்கள் உருவாகின்றனர். உடலின் பல பகுதிகள் இரட்டையாக இருக்கின்றன. (ஒரு உடலின் மீது இரண்டு தலைகள், ஒரு தலையுடன் மீது இரண்டு உடல்கள்.) இணைந்து ஒட்டிய இரட்டையர், தானாகவே, பிறக்க முடியாது; அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது.

தலைகளுடனோ, கூபகத்துடனோ இணைந்த இரட்டையர், தானாகவே பிரசவிக்க முடியும்.

மற்ற வளர்ச்சி விகாரங்களில், சைக்ளோபியா (ஒரே ஒரு கண்குழிவு); காதுகளில் குறைபாடுகள், கால்களில் விகாரங்கள், (கால்கள் வளர்ச்சியடைந்து, கைகள் வளர்ச்சியடையா நிலை; (போகோமீலியா) இரண்டு கால்களும் ஒட்டிய நிலை (சைரனோமெலஸ்); பிறப்புக்கள் மற்றும் இருதய இரத்த நாள் மண்டல விகாரங்கள், ஆகியயவை அடங்கும்.

அரக்க சிசு. 5000 கிராமுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகளை அரக்கர்கள் என்கிறோம். இவர்கள் பொதுவாக, முதிர்ச்சியடைந்தும் காலதாமதமாகப் பிறந்தவர்கள். உரிய காலத்தில் பிறந்த அரக்க சிசுக்களும் உண்டு. நீரிழிவு, மற்றும் நீரிழிவு முன் நிலை, மற்றும் பல வியாதிகள் கொண்ட பெண்களுக்கு இத்தகை அரக்க சிசுக்கள் பிறக்கின்றன. அரக்க சிசுவின் பிரசவம் நீண்ட நேரம் நீடிக்கிறது. இத்துடன் மூச்சுத்திணறலும், பிரசவக் காயங்களும் காணப்படுகின்றன. சகஜமான பிரசவத்திற்கு இடையூறாக இருப்பது அரக்க சிசுவின் தலையாகும். சிலபோது, தோள்களும் உடலும் கூட சிரமத்துடனேயே வெளிப்படுகின்றன.

முதிர்ச்சிக்குப் பின்னான சிசு. கர்ப்பம் குற்றிய நிலை அடைந்த பின்னரும் 14 நாட்களுக்கு மேல் கர்ப்பம் நீடித்தால், அதை முதிர்ச்சிக்குப் பின்னான நிலை என்கிறோம். சிசு மிகவும் பெரிதாகவே இருக்கிறது. அதன் கபால எலும்புகள் உறுதியாக உள்ளன. அதன் வார்ப்பு சிரமமாகவே இருக்கிறது.

முதிர்ச்சிக்குப்பின்னான சிசுவில், பாலேடு சாயம் காணப்படுவதில்லை. சருமம் நசிவமைந்த அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன. முதிர்ச்சிக்குப் பின்னான சிசுவின் எடை சகஜமாகவே இருக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்.

நீண்ட நேரம் நீடிக்கும் கர்ப்பத்தில் வேறுபாடான மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன. இதனால், சிசுவுக்கு ஆக்ஸிஜன் கடத்தப்படுவது பாதிக்கப்படுகிறது. இதனால், கருப்பையுள் திணறலால், பிரசவத்தின் போது சிசு மரணமடையலாம். பிரசவத்தின் போது தாய்க்கும் சேய்க்கும் தீமைபயக்கும் சிக்கல்கள் நிகழலாம். காணங்களுடனேயே சிசுக்கள் பிறக்கின்றன. இத்தகைய பெண்களை மருத்துவமனையில் சேர்த்து, செயற்கை முறையில் பிரசவத்தை ஊக்குவிக்கலாம்.

எரித்ரோபிளாஸ்டோசிஸ் ஃபீடாலிஸ் சிசுவின், குழந்தையின் குருதி சிதைவு நோய்

ரீசஸ் அம்சம் என்ற ஆண்டிஜன், பெரும்பாலோரில் (85%) காணப்படுகிறது, (ரீசஸ் அம்சம் என்பது ஆர். எச. அம்சம் எனப்படுகிறது). ரீசஸ் எதிர் மறை இரத்தம் 15 மக்களிடம் காணப்படுகிறது. (இவர்களது இரத்தத்தில் ஆர். எச். அம்சம் இல்லை.)

எதிர்மறை ஆர்.எச்.அம்சம் கொண்ட பெண், ஆர். எச். நேர்மறை இரத்தம் கொண்டவனால் கர்ப்பமடைந்தால், பெரும்பாலான கேசுகளில், சிசு, தனது

தந்தையின் ஆர்.எச.நேர்மறை இரத்தத்தைப் பெறுகிறது. இங்கு, ஆர்.எச். அம்சம் நச்சுக்கொடியின் வழியாக, தாயை அடைகிறது. நேர்மறை ஆர். எச். அம்சம் உள்ளே நுழைந்ததற்கு பிரதிவினையாக, தாயின் இரத்தத்தில் ரீசஸ் எதிர் அங்கங்கள் தோன்றுகின்றன. தாயிலிருந்து எதிர் அங்கங்கள் சிசுவினுள் நுழைந்தால் எரித்ரோபிளாஸ்டோசிஸ் உண்டாகி, குருதிசிதைவு நோயை உண்டாக்குகிறது. (எரித்ரோபிளாஸ்ட்கள் என்பது நூக்ளியஸ் கொண்ட சிவப்பு இரத்த அணுக்கள். சகஜமாக, இரத்தத்தின் சிவப்பு அணுக்களுக்கு நூக்ளியஸ் கிடையாது. மொ—ர்) எதிர் மறை ஆர்.எச். அம்சம் கொண்ட பெண்களில் எதிர் அங்கங்கள் தோன்றுவது, தலைக்சூலியைவிட பல மகவு ஈன்ற பெண்களில், அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. இரத்தம் ஏற்றப்படுவதாலும், கருச்சிதைவுகளாலும், எதிர் அங்கங்கள் உருவாவது ஊக்குவிக்கப்படுகிறது. எதிர்மறை ஆர்.எச். அம்சம் கொண்ட தாயில் எதிர் அங்கங்கள் தோன்றினால், சிசுவுக்கு குருதி சிதைவு நோய் உண்டாகிறது. இந்நோயில் காமாலை, சோகை, திசுக்களின் வீக்கம் ஆகியவை காணப்படுகிறது. நோயின் சாதாரண வகைகளில் காமாலையும், சோகையும் மட்டுமே காணப்படுகின்றன. (சிலபோது, இதில் ஏதாவது ஒன்று மட்டும் காணப்படுகிறது.) கொடூரமான கேசுகளில் மேற்கூறிய அனைத்தும்—வீக்கம் உள்ளிட்டு—காணப்படுகின்றன. கொடிய வகையான கேசுகளில் கல்லீரலும் மண்ணீரலும் வீங்கிக் காணப்படுகின்றன. மூளையின் புறணி அடி நூக்ளியஸ்களில் காமாலை (மஞ்சள்) நிறம் காணப்படுகிறது. மூளை வீக்கம், மகோதரம், மார்புக்கூட்டில் திரவம் ஆகியவையும் உண்டாகின்றன.

கொடிய வகைகளில், சிசு இறந்தே பிறக்கிறது; அல்லது மிகவும் மோசமாக நிலையில் பிறக்கிறது. சாதாரண வகைகளில், அறிகுறிகள் அப்பட்டமாக இல்லை, ஆனால் சிகிச்சை கொடுக்கப்படாவிடில், சிவப்பு அணுக்களின் சீர்குலைவாலும், சோகை, காமாலையாலும், சிசு மரித்து விடுகிறது.

குருதி சீர்குலைவு நோய்க்கான சிகிச்சை வருமாறு:—இரத்தம் உட்செலுத்தல், பிளாஸ்மாவையும், நியோகாம் பென்சானையும் சிரை வழி உட்செலுத்தல்; வைட்டமின்கள்; பிரிட்னிசோலோன், மற்ற மருந்துகள் ஆகியவையும் கொடுக்கப்படுகின்றன.

அடுத்து வரும் கர்ப்பங்களில், சிசுவில் குருதிசீர்குலைவு நோய் வராமல் தடுக்க, முன்காப்பாக சிறப்பு காமாகுளோபுலின் கொடுக்கப்படுகிறது. கர்ப்பத்தின் போது ஆர். எச். அம்சம் இருக்கிறதா என்று பார்ப்பதற்கான பரிசோதனைகளைச் செய்ய வேண்டும். ''எதிர் மறை'' பெண்களை நன்கு கண்காணித்து, மகப்பேறு மருத்துவமனைகளில் அனுமதித்து சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

தாயின் தொற்றும் நோய்கள், சிசுவிற்கு ஆபத்தை உண்டாக்குகின்றன. ஏனெனில் நச்சுக்கொடி வழியாக சிசுவினுள், நுண்கிருமிகளும் வைரஸ்களும் நுழையலாம். நோய் பாதிப்பால் சிசுவில் வளர்ச்சியில் கோளாறுகள் ஏற்பட்டு, கருப்பையுள் மரணம் நிகழ்கிறது.

கருப்பையுள் மரணம். சிசுவின் சகஜ வளர்ச்சியைப் பாதிக்கும் பல்வேறு காணங்களால் சிசு, கருப்பையினுள்ளேயே மரணமடைகிறது. கர்ப்பத்தின் போதான தொற்றும் நோய்கள் (டைஃபஸ், சீதபேதி, இன்புளுயென்சா,

மற்ற வைரஸ் நோய்கள், டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ், லிஸ்டீரியோசிஸ், மேக நோய், மலேரியா முதலியன), இருதய இரத்த நாள மண்டலத்தின் கொடிய நோய்கள் (இரத்த மிகு அழுத்தம், இருதய முறிவு), கர்ப்பகால கொடிய சோகை (சிறுநீரக பாதிப்பு, எக்ளாம்ப்சியா முன் நிலை, எக்ளாம்ப்சியா), சிறுநீரக நோய்கள் ஆகியவை இதில் அடங்கும். தாயிடமிருந்து பெறப்படும் நச்சுகளாலும் (பாதரசம், ஈயம், கார்பன் மானாக்சைடு முதலியன), வாழ்வுடன் ஒத்துவராத விகாரங்களாலும், உண்மையான தொப்பூழ் கொடி முடிச்சாலும், நச்சுக்கொடி பிரிவதாலும் சிசு இறக்கலாம். தாயின், சேயின் ரத்தத்தின் ரீசஸ் பொருந்தாமை, கருப்பையின் உள் சிசுவின் மரணத்திற்கும், சிசுவின் பல வியாதிகளுக்கும் காரணமாக இருக்கலாம்.

தானாகவே நிகழும் கருச்சிதைவுகள், குறைமாத பிரசவம், காரணம் தெரியாத பிறப்புகள், கொடுமையான மஞ்சள் காமாலையால் மரித்த சிசுக்கள் போன்றவை நிகழ்ந்த பெண்மணிகளின் இரத்தத்தை ஆர். எச்., அன்டிஜன், மேகநோய், டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ், லிஸ்டீரியோசிஸ், கிருமி பாதிப்புகள்—பரிசோதிக்க வேண்டும்.

சிசுவின் கருப்பை உள் மரணத்தை கீழ்க்கண்ட அறிகுறிகள் கொண்டு நிர்ணயம் செய்யலாம்:

1) சிசுவின் இருதயத் தொனிகள் கேட்கவில்லை; அதன் அசைவுகளும் உணரப்படவில்லை.

2) கருப்பையின் வளர்ச்சி நின்று விடுகிறது. மரித்த சிசு வெளியேற்றப்படாவிடில், பனிநீர் படிப்படியாக கிரகிக்கப்படுகிறது; கருப்பை அளவில் குறைகிறது. இறுக்கமடைகிறது (தவறிய கருச்சிதைவு).

3) மார்பகங்களில் விம்மல் குறைகிறது. வயிற்றுக் கோளாறு, உடல் நலக் குறைவு, அசதி ஆகியவை பெண்களுக்குத் தோன்றுகின்றன. எனினும் பெண்ணின் பொது உடல் நலத்தில் எந்த வித மாற்றமும் இல்லை.

4) சிறுநீரில் ஈஸ்ட்ரயாலின் அளவு குறைகிறது. சிசு இருதயத்தின் உயிர் மின்னாற்றல் இயக்கம் (இ.ஸி.ஜி.) காணப்படுவதில்லை.

சிசு மரணமடைந்தவுடன் உடனடியாக கருப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது; அல்லது பல நாட்கள் கருப்பையின் உள்ளேயே இருக்கிறது. குறை மாதத்தில் இறந்த சிசுவின் வெளியேற்றம், நிறை மாதம் வரும் வரை, தாமதமாகிறது. கருப்பையினுள் இருக்கும் மரித்த சிசுவில் பல மாற்றங்கள் நிகழ்கின்றன.

இறந்த சிசுவின் நசிவு. மரித்த சிசுவின் திசுக்கள் நசிவுடன் உருக்குலைகின்றன. அவை பனித்திரவத்தாலும் இரத்தத் தீரத்தாலும் தோய்க்கப்படுகின்றன. சருமத்தில் கொப்புளங்கள் தோன்றுகின்றன. பின்னர் தோலுரிவு நடைபெறுகிறது. சிசு தொய்ந்து விடுகிறது. கபால எலும்புகள் எளிதில் இடம் பெயர்கின்றன. திசுக்கள், மஞ்சள் நிறம் கொள்கின்றன. சடல உலர்ச்சியில் மரித்த சிசு, உலர்ந்து காய்ந்து விடுகிறது. இவ்விதம் நிகழ்வது மிவும் அபூர்வமாகும். இரட்டையரில் ஒன்று இறந்துபட்டாலும் சடல உலர்ச்சி உண்டாகிறது. (மம்மிபிகேஷன்) அபூர்வமான கேசுகளில், தொப்பூழ் கொடியின் சிக்கல்களால் கடல உலர்ச்சி உண்டாகிறது. அம்னியாடிக் திரவம் கிரகிக்கப்படுகிறது. சிசுவின் உடல் சுருங்குகிறது, அமுக்கப்படுகிறது. (சிசு அமுக்கம்) மிகவும் அபூர்வமான கேசுகளில் மரித்த சிசு, கல் போன்று கடினமடைகி

றது. (மரித்த சிசுவின் திசுக்களின் மேல் உப்புக்கள் படிவதால்.)

கருப்பையுள் சிசு மரணத்தைத் தடுக்க முன்காப்பு முறைகள். இவை, டாக்டரின், மகப்பேறு நிபுணரின் முக்கியமான கடமைகளாகும்.

கருப்பையும் மரணத்தைத் தவிர்க்க முன் காப்பு முறைகள் கீழ்க்கண்டவற்றைப் பொறுத்து இருக்கிறது:—கர்ப்பத்தின் சுகாதார நெறி முறைகள், போதிய போஷாக்கு, கர்ப்பிணியை தொற்றும் நோய்களிலிருந்து பாதுகாத்தல். கர்ப்பநச்சுநிலை, இருதய இரத்த நாள மண்டல நோய்கள் ஆகியவற்றை உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்து, மருத்துவமனைகளில் போதிய சிகிச்சை அளித்தல், சிசு மரண முன்காப்பு முறைகளில் ஒன்றாகும்.

பிரசவிப்பியையும் சிசுவையும் நன்கு கவனித்தல், நிகழக்கூடிய சிக்கல்களை உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்தல், போதிய மருத்துவ உதவி அளித்தல் ஆகியவற்றைப் பொறுத்து சிசு மரண தடுப்பு முறைகள் அமைகின்றன.

தொப்பூழின் விகாரங்கள் (முறை கேடுகள்)

நிறைமாத சிசுவின் தொப்பூழ் கொடியின் சராசரி நீளம் 50 செ.மீ. ஆகும். ஆனால், இதைவிட நீளமான அல்லது குட்டையான கொடிகளும் காணப்படுகின்றன.

நீளமான தொப்பூழ்கொடி, சகஜமான பிரசவத்தைப் பாதிப்பதில்லை. ஆனால் கழுத்து மற்றும் உடல், கை கால்கள் ஆகியவற்றை சுற்றிக் கொண்டு விடுகிறது. (படம் 197) ஆகவே பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தில், தொப்பூழ் கொடி, இறுக்கமடைகிறது; அதன் இரத்த நாளங்கள் குறுகலடைகின்றன;

படம் 197. தொப்பூழ்கொடி சுற்றிக் கொண்டிருப்பது (தொப்பூழ்க்கொடி, கழுத்தையும், கைகால்களையும் சுற்றி இருக்கிறது.)

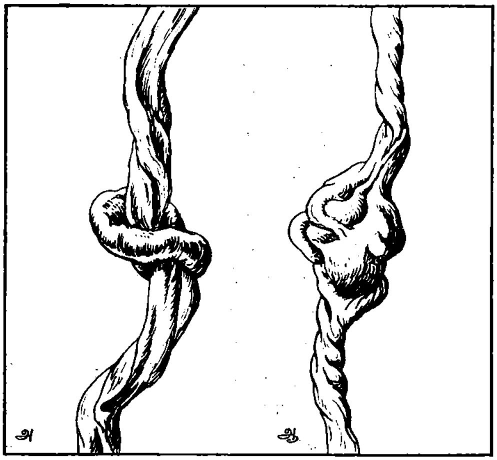
மூச்சுத்திணறல் உண்டாகிறது. தலை நிலை பெறாவிடில், அம்னியாடிக் திரவம் வெளிப்படும் போது, நீளமான தொப்பூழ் கொடியும் வெளியே துருத்தலாம். உதயமாகும் பகுதியால், யோனியில் துருத்தியிருக்கும் தொப்பூழ் கொடி நசுக்கப்படலாம். உரிய காலத்தில் உரிய சிகிச்சை கொடுக்கப்படாவிடில், மூச்சுத் திணறலால் சிசு மரணமடைகிறது.

கட்டையான தொப்பூழ் கொடி, இயற்கையாகவே இருக்கலாம் அல்லது சந்தர்ப்பவசத்தால் குட்டையாக இருக்கலாம். இயற்கையான தொப்பூழ்கொடி 40 செ.மீ நீளத்துக்குக் குறைவாக இருக்கலாம். சந்தர்ப்பவச தொப்பூழ் கொடி சகஜமான நீளமாக இருந்த போதிலும், சிசுவின் கழுத்தையோ, உடலின் மற்ற பகுதியையோ சுற்றிக் கொண்டிருப்பதால் குட்டையாகத் தோற்றமளிக்கிறது. மிகவும் குட்டையான தொப்பூழ்கொடி, சிசுவின் அசைவுகளைப் பாதித்து, தவறான உதயத்

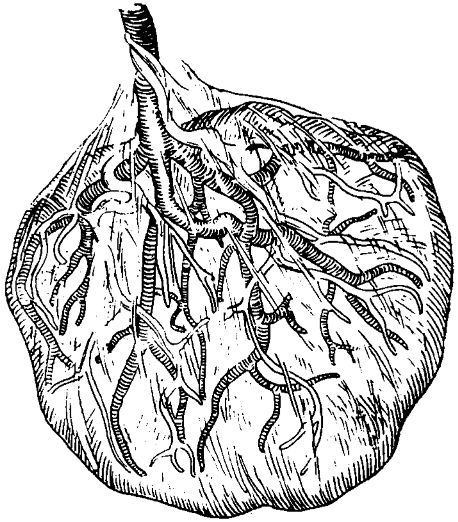
தை தோற்றுவிக்கிறது. பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தில், குட்டையான தொப்பூழ்கொடி இறுக்கமடைந்து பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசு வெளிப்படுவதை தடை செய்கிறது; அல்லது நச்சுக்கொடி, உரிய காலத்திற்கு முன்பாகவே, பிரிகிறது.

தொப்பூழ்கொடியின் உண்மையான முடிச்சுகள். *(படம் 198 அ)* இவை அபூர்வமாகவே நிகழுகின்றன. சிறிய சிசு, கொடியின் வளையம் வழியாகச் செல்லும் போது, கர்ப்பத்தின் துவக்கத்தில், அவை உண்டாகின்றன. முடிச்சு இறுக்கமாக இல்லாவிடில், சிசு உயிருடன் பிறக்கிறது. கர்ப்பத்தின் போது முடிச்சு இறுக்கமடையலாம். இதனால் உண்டாகும் மூச்சுத்திணறலால் சிசு மரணமடையலாம். முடிச்சுகள் போலியாகவும் இருக்கலாம் (படம் 198 ஆ).

வார்டன் ஜெல்லி தேக்கமடைவதாலோ அல்லது தொப்பூழ் சிரையின் நெழிவுகளால் தொப்பூழ்கொடியில் தோன்றும் வீக்கங்களாலோ, இத்தகைய போலி முடிச்சுகள் காணப்படுகின்



படம் 198. தொப்பூழ்கொடியின் முடிச்சுகள்.
அ) உண்மையான முடிச்சு.
ஆ) போலி முடிச்சு



படம் 199. தொப்பூழ்கொடி விளிம்பில் பொருந்தியிருத்தல்

படம் 200. தொப்பூழ்கொடியில் படலப் பொருத்தம்

றன. போலி முடிச்சுகள், சிசுவைப் பாதிப்பதில்லை.

தொப்பூழ்கொடி நச்சுக்கொடியின் மத்தியில் அல்லது விளிம்பில் பொருந்தி இருக்கலாம். விளிம்பில் பொருந்தியிருப்பது அவ்வளவு அடிக்கடி நிகழ்வதில்ல. (படம் 199) சில போது, தொப்பூழ் கொடி நச்சுக்கொடியின் ஓரத்திலிருந்து சிறிது தூரத்தில் படலங்களில் பொதிந்துள்ளது. இது, படல அல்லது சவ்வுப் பொருத்தம் எனப்படுகிறது (படம் 200) இவ்விதம் பொருந்தி, தொப்பூழ் நாளங்கள், நச்சுக் கொடிக்குச் சென்று, அம்னியானுக்கும் கோரியானுக்கும் இடையில் காணப்படுகின்றன. படலத்தின் இந்தப்பகுதி, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் இருந்தால் பிரசவத்தின் போது கிழிந்துபடலாம். இதிலிருந்து இரத்தம் வெளிப்பட்டு, கருப்பையுள் சிசுவுக்கு ஆபத்தை விளைவிக்கலாம்.

சிசுப்படலங்களின் வியாதிகள்

குமிழ்கொத்து: முத்துப்பிள்ளை (ஹைடாடிஃபார்ம் மோல்)

இங்கு கோரியானிக் விரலியம் வளப்பமடைந்து, தெளிவான திரவம் நிறைந்த குமிழாக மாறுகிறது. குமிழ்களுக்கு காம்புகள் உள்ளன. சாமை தானியத்திலிருந்து செர்ரிபழம் வரை, இதன் அளவு உள்ளது. குமிழ்கள், திராட்சை போன்ற கொத்துகளாக இருக்கின்றன.

கோரியான், மோலாக மாறும்போது, விரலி எபிதீலியம் (சின்சிடியம், சைடோடிரோபோபினாஸ்ட்) வளப்பமடைகிறது. விரலி உட்பிழம்பு வீக்கமடைகிறது. குமிழ்கள், உதிர்படலமாக மாறி, மெல்லியதாகிறது. உதிர்படலத்தின் இரத்த நாளங்கள் சிதைந்துபடுகின்றன. அவற்றிலிருந்து வெளிப்படும் இரத்தம், குமிழ்களைச் சுற்றியுள்ள திசுக்களினுட் செல்லுகிறது.

படம் 201. முத்துப் பிள்ளை. ஹைடாடிஃபார்ம் மோல் (சிதைந்த வகை)

சிலபோது, குமிழ்கள் உதிர்படலத்தினுள் வளர்ச்சியடைந்து, மையோமெட்ரியத்தை ஊடுருவி, கருப்பைச்சுவர்களைச் சிதைத்து வயிற்றுக்குழிவினுட் செல்கிறது. முத்துப் பிள்ளையின் சிதைந்த வகை, அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது (படம் 201).

முழுமையான அல்லது, ஓரளவான முத்துப்பிள்ளையும் உண்டு. முழுமையான முத்துப்பிள்ளையில், கோரியானிக் விரலிகள் அனைத்துமே சிதைந்துள்ளன. நச்சுக்கொடி முழுமையாக உருவாகாத, கர்ப்பத்தின் துவக்க மாதங்களில் இது காணப்படுகிறது. ஓரளவான முத்துப்பிள்ளை பின்னர் உருவாகிறது. இங்கு விரலியின் ஒரு சில பகுதியே, சிதைவடைந்து குமிழ்களாக மாறுகின்றன.

முழுமையான முத்துப்பிள்ளையில், சிசு எப்போதுமே மரணமடைந்து விடுகிறது; சிதைவடைகிறது; உள்வாங்கப் படுகிறது. ஓரளவான முத்துப்பிள்ளை

யிலும் சிசு மரணமடைகிறது. நச்சுக் கொடியின் ஒரு சிறிய பகுதி மட்டும் நசிவடைந்திருந்தால், சிசு ஒரு வேளை பிழைக்கலாம். எனினும் அத்தகைய பகசுகள் மிகவும் அபூர்வமே.

சிசு மரணமடைந்த பின் முத்துப்பிள்ளை, தொடர்ந்து வளருகிறது. கருப்பையின் அளவு திடீரென்று அதிகரிக்கிறது. சூலகங்களில் கார்பஸ்ல் யூடியத்திலிருந்து உருவாகும் சூலகங்களில் உட்குமிழ்பைகள் உண்டாகின்றன. முத்துப்பிள்ளையை அகற்றியவுடன் இந்த உட்குழிவுப்பபைகள் பதய்ந்து மறைகின்றன.

முத்துப்பிள்ளையின் மருத்துவ அறிகுறிகள் வருமாறு:—

1) கருப்பையின் அளவுக்கும் கருவுற்ற காலத்திற்கும் இடையிலான முரண்பாடு. குறிப்பிட்ட மர்ப்ப காலத்தில் இருக்க வேண்டியதை விட, கருப்பையின் அளவு பெரிதாக இருக்கிறது. (மூன்று மாத கர்ப்பத்தில் இருக்க வேண்டிய கருப்பையின் அளவு, 4வது 5வது மாத கர்ப்பத்தைப் போன்று இருக்கிறது.) கருப்பை திடமாகவும், நெகிழ்வு தன்மையுடனும் இருக்கிறது.

2) கர்ப்பத்தின் நேர் மறை அறிகுறிகள் இல்லாமை: சிசுவின் பகுதிகளைத் தொட்டுத் தெரிய முடியாது. இருதயத் தொனிகள் கேட்பதில்லை; சிசுவின் வளைய வருகை இல்லை.

3) முத்துப்பிள்ளையின் மிக முக்கியமான அறிகுறி கருப்பையிலிருந்து குருதிப்பெருக்கேயாகும். கர்ப்பத்தின் துவக்க வாரங்களில் குருதிபெருக்கு ஆரம்பித்து, மாதக்கணக்காக நீடிக்கிறது. (முனைப்பு உறவும் இறங்குவுமாக இருக்கிறது.) விரலிக்கட்டி வெளிப்படும் வரை, குருதிப்பெருக்கு நீடிக்கிறது. இரத்தம் திரவமாகவும் கருமையாகவும் இருக்கிறது. சில போது, அதில் குமிழ்கள் காணப்படுகின்றன. குருதிப் பெருக்கு அதிகமாக இருப்பதில்லை. ஆனால் மோல் வெளிப்படும் போது, குருதிப்பெருக்கு அதிகமாக இருக்கிறது.

4) கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலையால்(வாந்தி வீக்கம், சிறுநீரக பாதிப்பு) நோயின் போக்கு துரிதமடைகிறது. நீண்ட நாள் குருதிப்பெருக்கால், சோகை உண்டாகிறது.

கர்ப்பத்தின் 5வது 6வது மாதத்தில், விரலிக்கட்டியை தானாகபவ வெளிப்படச் செய்யலாம். சிலபோது 10வது மாதத்திற்கு மேலாகக் கூட கால தாமதம் ஆகிறது. கருப்பைச் சுவர்பணிலிருந்து முத்துப்பிள்ளை பிரிக்கப்படுகிறது; பின்னர் கருப்பையின் சுருக்கங்களால் வெளியேற்றப்படுகிறது. இந்த வியாதியின் சிதைந்த வகையில் உயிருக்கு ஆபத்தான வகையில் குருதிப் பெருக்கு ஏற்படுகிறது. இந்த விரலிக் கட்டியின் மற்றுமொரு அபாயம் என்னவெனில், அதிலிருந்து தீயபுற்றுக் கட்டி (கோரியோ எபிதீலியோமா) உருவாகலாம். புற்றுக்கட்டி துரிதமாகப் பெரிதாகி, மற்ற உறுப்புக்களில் புற்றுப்பதியங்கள் தோன்றுகின்றன.

மேலே விவரிக்கப்பட்ட மருத்துவ அறிகுறிகள் கொண்டு, முத்துப்பிள்ளை நோயை நிர்ணயம் செய்யலாம். அஷீம்—சாண்டெக் பரிசோதனை கொண்டும் நோய் நிர்ணயம் செய்யலாம். முத்துப்பிள்ளை நோய் கொண்ட பெண்களில், கோனடோட்ரோபின் மிகையாகக் காணப்படுகிறது. நீர்த்த முத்திரத்தை சுண்டெலிகளுக்குச் செலுத்தினால் அஷீம்—சாண்டெக் பரிசோதனை நேர்மறையாக உள்ளது. முத்துப் பிள்ளை நோய்நிர்ணயம் ஆனவுடன் அல்லது இந்த நோய் இருக்கலாம் என ஐயம் உண்டானால், உடன

டியாக மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டும்.

குருதிப்பெருக்கு முனைப்பாக இல்லாவிடில், மருத்துவ முறைகள் மூலம் முத்துப்பிள்ளையை வெளியேற்றலாம்.

விரலிக்கட்டி பிரிவதையும், வெளிப்படுவதையும் துரிதப்படுத்து, கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்க, ஆக்ஸிடோசின், பிட்யூட்ரின் போன்ற மருந்துகளை, பெண்ணுக்குக் கொடுக்க வேண்டும். குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருந்தால், கருப்பைக்கழுத்து போதிய அளவு விரிவடைந்திருந்தால், கருப்பைக் குழிவினுள், ஒன்றிரண்டு விரல்களை நுழைத்து விரலிக்களீடியை அகற்றி விடலாம். குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருந்து, கருப்பைக் கழுத்து முடியிருந்தால், அறுவை முறை மூலம், கருப்பை கழுத்து உட்கால்வாயை, விரிவுபடுத்த வேண்டும். விரல் கொண்டோ, அல்லது காற்றில்லா எக்ஸ்கோக்ளியேடர் கொண்டோ, விரலிக் கட்டியை அகற்றி விடலாம்.

விரலிக்கட்டி உள்ள கருப்பையை சுரண்டுதல் ஆபத்தை விளைவிக்கும்; ஏனெனில் மெல்லிய கருப்பைச் சுவரில் துளை விழுந்து விடும். குருப்பெருக்கு மிகையாக இருந்து, கருப்பைக் கழுத்து துவாரல் ஒரு விரலைக் கூட அனுமதிக்காவிடில், விரலிக்கட்டியை மழுங்கலான கரண்டு கொண்டு சுரண்டி எடுக்கலாம்.

விரலிக்கட்டி வெளியேற்றப்பட்டவுடன், கருப்பை சுருங்கும் போது, அதில் துளை விழும் வாய்ப்பு குறைகிறது. எஞ்சியுள்ள முத்துப்பிள்ளையை சுரண்டி அகற்றி விடலாம்.

விரலிக்கட்டி அகற்றப்பட்டவுடன், அடுத்து 12—18 மாதங்களுக்கு பெண்ணை மருத்துவ ரீதியாகக் கண்காணித்துக் கொண்டிருக்க வேண்டும். ஏனெனில் உருவாகக்கூடிய கோரியா எபிதீலியோமாவைக் கண்டுபிடிக்க தவறிவிடக் கூடாது.

கோரியோ எபிதீலியோமா.

கோரியானிக் செல்களிலிருந்து துரிதமாக வளர்ச்சியடையும் ஒரு தீய புற்றுக்கட்டியே கோரியோ எபிதீலியோமாகும். வெளிப்படையாக, கோரியோ எபிதீலியோமாவில் நிலசிவப்புக் கழலைகள் காணப்படுகின்றன, கோரியோ எபிதீலியோமாவில் நில-சிவப்புக் கழலைகள் காணப்படுகின்றன. அல்லது கருப்பைச் சுவரில் பரவலான வளப்பம் தெரிகிறது.

புற்றுக்கட்டி, நாளங்களின் மேல் அமைந்திருப்பதால், இரத்த ஓட்ட வழியாக உடலின் மற்றப்பகுதிகளுக்குப் பரவுகிறது. கோரியோ எபிதீலியோமாவின் புற்றுப்பதியங்கள், நுரையீரல்கள் மற்றும் யோனி, மூலை, கல்லீரல், குடல் மற்றும் பல உறுப்புக்களில் காணப்படுகின்றன.

துரிதமாக புற்றுப்பதியங்களைத் தோற்றுவிப்பது, கோரியோ எபிதீலியோமாவின் குணமாகும்.

கோரியோ எபிதீலியோமாவின் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் வருவாறு: கருப்பை காலியான உடன், முறையற்ற குருதிப்பெருக்கு (அல்லது சீழ்வெளிப்பாடு); கருப்பை அளவில் பெரிதாகிறது; கழலைகளும் தோன்றுகின்றன; சோகையைத் தொடர்ந்து காய்ச்சல், இருமல் களியில் இரத்தம், (நுரையீரல்களின் புற்றுப்பதியங்கள்) புற்றுப்பதியங்களால் பாதிக்கப்பட்ட அந்த உறுப்புகளுக்கு ஏற்ற அறிகுறிகள். யோனியில் காணப்படும் புற்றுப்பதியங்கள் நீல—சிவப்பாக இருக்கின்றன.

கோரியோ எபிதீலியோமாவை உறுதி

செய்ய அஷீம்—சாண்டெக் பரிசோதனை அடிக்கடி செய்யப்பட வேண்டும். கோரியோ எபிதீலியோமாவில் அஷீம் சாண்டெக் பரிசோதனையும் ஏமவியல் பிரதிவினைகளும் நேர்மறையாகவே இருக்கின்றன.

மிகுநீர்பனிக்குடம்:

மிகையாக பனிநீர் அசாதாரணமாக தேக்கமடைவதைபய மிகுநீர் பனிக்குடம் என்கிறோம். (நிறை மாதத்தில் பனிநீரின் சகஜ அளவு 1 லிட்டராகும். சராசரி 0.5—1.5 லீட்டர்)

மிகுநீரபனிகுடத்தில் பனிநிரின் அளவு 3.5 லி. வரை இருக்கலாம். சில போது 10—12 லிட்டர்கள் கூட இருக்கலாம்.

மிகுநீர் பனிக்குடத்தின் காரணம் தெளிவாக இல்லை. ஆனால் அம்னிய எபிதீலியப்பணி பாதிக்கப்பட்டதைத் தொடந்து இந்தக் கோலாறு தோன்றலாம் என நம்பப்படுகிறது.

ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம், சிசுவின் விகார வளர்ச்சிகள், நீரிழிவு நோய், சிறுநீரக அழற்சி போன்ற நோய்கள் பெண்ணிடம் காணப்படுவது ஆகிய நிலைகளில் மிகுநீர்பனிக்குடம் காணப்படுகிறது. இரட்டைக் கர்ப்பத்தின் போது, ஒரு சிசுவில் பனிக்குடம் காணப்பட்டால், மற்ற சிசுவில் பனிநீரே இல்லாத நிலை இருக்கலாம்.

கர்ப்பத்தின் மத்திய கட்டத்தில் அல்லது இரண்டாவது கட்டத்தில் மிகு நீர் பனிக்குடம் தோன்றுகிறது.

தீவிர மற்றும் நாட்ப்பட்ட மிருநீர் பனிக்குட நோய்கள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. தீவிர மிகு நீர்பனிக்குடம் துரிதமாகவும் நாட்ப்பட்ட மிகுபனிநீர் பனிக்குடம் படிப்படியாகவும் தோன்றுகிறது. நாட்ப்பட்ட வகையை விட, தீவிர வகை குறைவாகவே காணப்படுகிறது.

கர்ப்பம் மற்றும் பிரசவம்ஆகியவற்றில் சில சிக்கல்களை, மிகு நீர் பனிக்குடம் ஊக்குவிக்கிறது.

பனிநீரின் அசாதாரண தேக்கம் கருப்பையின் அளவை அதிகரித்து, அருகேயுள்ள உறுப்புக்களை நசுக்கி, உதரவிதானத்தை உயர்த்துகிறது. கர்ப்பிணிக்கு சிரம மூச்சு, அசதி, கால்களின் வீக்கம், வரி, வயிற்றின் இழுப்பது போன்ற உணர்வு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. கர்ப்ப நச்சு நிலை அடிக்கடி தோன்றுகிறது.

மிகு நீர் பனிக்குடத்தில் சிசு அதிகமாக அசைவதால், சிசுவின் தவறான உதயம் (குண்டி, குறுக்கான, சாய்வான) உண்டாகக் கூடும்.

மிகுநீர்பனிக்குடத்தில், கர்ப்பம் உரிய காலத்திற்கு முன்பே, கலைந்து விடுகிறது. பிரசவம் நீண்ட நேரம் நீடித்து, கருப்பையின் மந்த நிலையில் முடிகிறது. பனிநீர் வெளிப்படும்போது, சிசுவின் சிறிய பகுதிகளும் வெளியே துருத்துகின்றன; (குறிப்பாக தொப்பூழ் கொடி) நச்சுக்கொடி வெளிப்படும் போதும், பிரசவ பின் காலத்திலும் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம்.

மிகுநீர் பனிக்குடத்தின் நிர்ணயம் வருமாறு:

கருப்பையின் அளவு அதிகமாக உள்ளது; அதன் நிலையமைவு நெகிழ்வுடன் இருக்கிறது. தொப்பூழ் மட்டத்தில் அதன் சுற்றளவு 100 செ.மீ ஆகும். (110—120 செ.மீ-க்கு மேல்.)

பனிநீர் மிகையாக அசாதாரணமாக தேங்கி இருக்கும் போது சிசுவின் பாகங்களைத் தொட்டுத் தெரிய முடிவதில்லை; இருதிய ஒலிகள் மெதுவாக கேட்கப்படுகின்றன அல்லது ஒலிகளை முழுமையாகக் கேட்க முடிவதே இல்லை.

பிரசவத்தின் போது யோனிப்பரிசோதனை செய்தால் பனிக்குடப்படலம், கருப்பையின் சுருக்கங்களின் போதுமட்டுமின்றி, இடைவெளிகளின் போதும், விறைத்து இருப்பது தெரிய வருகிறது.

மிகுநீர் பனிக்குடம் கொண்ட கர்ப்பிணிகள் உடனடியாக மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்.

மிகுநீர் பனிக்குடத்துடன் சீர்குலைந்த மூச்சுவிடலும், இரத்த ஓட்டமும் இருந்தால், பிரசவம் துவங்குவதற்கு முன்னர், செயற்கை முறையில் பனிக்குடத்தை உடைக்க வேண்டும். கர்ப்பத்தின் போதான நாட்ப்பட்ட மிகு நீர் பனிக்குடத்தின் போது அறுவை முறைகள் அவசியமில்லை. ஒரு டாக்டரின் மேற்பார்வையில், பிரசவம் நடத்தப்பட வேண்டும். ஏனெனில் பல்வேறு சிக்கல்கள் (கருப்பையின் மந்த நிலை, தொப்பூழ் பிதுக்கம், சிசுவின் தவறான உதயம், குருதிப்பெருக்கு இன்னபிற) நிகழலாம்.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், கருப்பைக்கழுத்தின் விரிவு 2—3 விரல்கள் அகலமாக இருந்தால், பனிக்குடத்தை உடைப்பது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. (பனிக்கடத்தை அதன் மத்தியில் அல்லாமல், ஒரு பக்கத்தில் கிழிக்க வேண்டும்.) திரவம் மெதுவாக வெளிப்பட வேண்டும்; அப்போது யோனியிலிருந்து கையை வெளியில் எடுத்துவிடக் கூடாது. (இதன் மூலம் தொப்பூழின் துருத்தத்தை தவிர்க்க முடியும்.) தவறான உதயங்களின் போது, சிசுவைத் திருப்பி, அதன் கால் வெளிவரும்படி செய்ய வேண்டும்.

பனிக்குட நீர் குறைவு

பனிக்குட நீர் குறைவு, மிகு நீர் பனிக்குடத்தைவிட அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது. அம்னியாடிக் எபிதீலியத்தின் சுரப்புப்பணி குறைவதால், இது நிகழ்வதாக, நம்பப்படுகிறது.

பனிக்குட நீர் குறைவு நிலையில், கருப்பை சறியதாகவே இருக்கிறது. வளர்ந்து வரும் சிசு, அம்னியானுடனும் கருப்பைச் சுவர்களுடனும் இறுக்கமாக ஒட்டிக் கொண்டு இருக்கிறது. சிசுவின் சகஜ வளர்ச்சிக்கு, இது, இடைஞ்சலாக இருக்கிறது.

பனிக்குட நீர் குறைவின் மிகையான நிலை, சிசுவின் அசாதாரண வளர்ச்சிக்குக் காரணமாக அமைகிறது. (முதுகெலும்பின் நடுக்கோடு ஒரு பக்கமாக வளைந்தே இருக்கிறது; வளைந்த கால்கள், கோணலான கைகள், சூம்பியபாதம், சிசுவின் சருமம் பல இடங்களில் அம்னியானுடன் ஒட்டி இருத்தல்.) ஒட்டியுள்ள சருமம் விரிவடைந்து பட்டைகளாகவும், நூல்களாகவும் மாறி (சைமோனார்ட்டின் நூல்கள்), கால் கைகள், மற்றும் தொப்பூழ் கொடி, சிசுவின் மற்ற பாகங்கள் ஆகியவற்றைச் சுற்றிக் கொண்டுள்ளது. சைமோனார்ட்—நூல்கள், சிசுவின் கை கால்கள், மற்றும் விரல்கள் ஆகியவற்றை நீண்ட காலமாக இறுக்கிக் கொண்டிருந்தால், அந்தப்பகுதிகளுக்கான போஷாக்கு பாதிக்கப்படுகிறது. இதனால் பாதிக்கப்பட்ட காலையோ, கையையோ துண்டிக்க வேண்டி நேருகிறது. இது போன்று தொப்பூழ் கொடி இறுக்கப்பட்டால், கருப்பையினுள்ளேயே சிசு மரிக்கிறது.

பனிக்குட நீர் குறைவின் போது, பிரசவம் நீடிக்கிறது. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் மிகையான வலியுடன் உள்ளன. பிரசவத்தைத் துரிதப்படுத்த, கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாகத் திறப்பதற்கு காத்திரமாமல், பனிக்குடத்தைக் கிழிக்க நேருகிறது.

அம்னியான் திரவ வெளிப்பாடு. இந்த

நோய் நிலையில் கருப்பை உட்துவார மட்டத்திற்கு மேலாக பனிக்குடம் உடைவதால் விட்டு விட்டு, அம்னியா டிக் திரவம் வெளிப்பட்டுக் கொண்டே இருக்கிறது. குறைப்பிரசவத்தில் முடி கிறது. சிசுவின் கைகால்களோ, முதுகோ வளைந்து காணப்படுகிறது.

பனிக்குடம் வேளை தவறி உடைதல்

பிரசவம் சகஜமாக இருந்தால், கருப் பைக் கழுத்து முழுமையாக திறந்தவு டன் பனிக்குடம் உடைகிறது. பனிக் குடம், நீர்மங்கள் சார்ந்த விரிக்கியாக பணிபுரிந்து கழுத்தைத் திறக்க உதவு கிறது. உரிய காலத்தில் பனிக்குடம் உடைந்தால் சகஜமான பிரசவத்திற் கும், கருப்பையுட் சிசுவுக்கும் நல்லது.

உரிய காலத்திற்கு முன்பே பனிக்குடம் உதைல்.

முறையான சுருக்கங்கள் துவங்குவ தற்கு முன்பே பனிக்குடங்கள் உடைந் தால், இதை முதிர்ச்சி முன் உடைவு என்கின்றனர். கர்ப்பைக் கழுத்து முழு மையாகத் திறப்பதற்கு முன்பே, பிரச வம் துவங்கியதும், பனிக்குடம் உடைந் தால் அதை முன்கூட்டிய உடைவு என்கி றோம்.

கூபக நுழைவாயிலில் உதயமாகும் பகுதி நிலை பெறாவிடில், உடையும் பனிக்குடம், முதிர்ச்சி முன்னதாகவோ, முன்கூட்டியதாகவோ (அம்னியாடிக் திரவம் முன்னதாக வெளிப்பட்டால்) இருக்கும். உதயமாகும் பகுதி, நிலை பெறு வளையத்தை உண்டாக்கவில்லை அம்னியாடிக் திரவமும் பிரியவில்லை. இந்த நிலை, குறுகளான கூபகம், மற் றும் குறுக்கு, சாய்வு, குண்டி (குறிப் பாக பாதத்தோற்றத்தில்) தோற்றங் கள், மிகு நீர் பனிக்குடம் ஆகியவற்றில் உண்டாகிறது.

கருப்பைக் கழுத்து விறைப்பாக இருந்தால், படலங்களும் போதிய வலு வுடன் இல்லாதிருந்தால், (நெகிழ்வுத் தன்மை குறைந்த நிலை) அம்னியாடிக் திரவம் முதிர்ச்சி முன்னதாகவோ, முன் கூட்டியோ வெளிப்படலாம். முதிர்ச்சி முன்னதாகவோ, முன்கூட்டியோ பனி நீர் வெளிப்படுவது, பிரசவத்தின் ஒரு ஆபத்தான சிக்கலாகும். பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் (விரிவு நிலை) நீடித்து இருக்கிறது. சுருக்கங்கள் வலியுடன் உள்ளன. கருப்பை மந்த நிலை உருவா கிறது. நிலை பெற்ற வளையம் இல் லாதிருந்து, பனிநீர் கருப்பையிலிருந்து வெளிப்பட்டால், சிசு உடலின் சிறிய பகுதிகள் (குறிப்பாக தொப்பூழ்கொடி) பிதுக்கமடையலாம். நீண்ட நேரத் திற்கு, கருப்பைக்குழிவு யோனியுடன் தொடர்பு கொண்டிருப்பதால், நோய் தோற்று ஏற்படும் அபாயம் உள்ளது. நீடித்து உலர்ந்த கட்டத்தில், பிரசவத் தின் எண்டோமெட்ரிய அழற்சி தோன் றுகிறது. இத்துடனேயே காய்ச்சல், மிகையான நாடித்துடிப்பு, யோனியிலி ருந்து கலங்கலான வெளிப்பாடு தோன் றுதல் ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன

முதிர்ச்சி முன் மற்றும் முன்கூட்டிய பனிக்குட உடைவில், கருப்பையுள். மூச்சுத்திணறல் சிசுவுக்குத் தோன்றுகி றது.

முதிர்ச்சி முன் மற்றும் முன்கூட்டிய பனி நீர் வெளிப்பாடு நிகழ்ந்தால், உட னடியாக கர்ப்பிணியை மருத்துவம னைக்கு இட்டுச் செல்ல வேண்டும். சிசு வின் மூச்சுத்திணறலையும் நோய் தொற்றையும் தவிர்க்க முயற்சிகள் எடுக்க வேண்டும்.

பனித்திரவம் வெளிப்பட்ட 6—8 மணி நேரங்களுக்குள், கருப்பை சுருக்

கங்கள் துவங்காவிடில், கருப்பையைத் தூண்ட முயற்சிகள் மேற் கொள்ள வேண்டும். சுருக்கங்கள் பலவீனமாக இருந்தால், கருப்பையின் சுருக்கும் தன்மையை ஊக்குவிக்க வேண்டும். சுருக்க கங்கள் வலியுடன் இருந்தால், உணர்வு நீக்கி மருந்துகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

காலந்தாழ்த்திய பனிக்குட உடைவு

கருப்பைக் கழுத்து துவாரம் முழுமையாகத் திறந்திருந்து, பனிக்குடம் உடையாமல் வெளியேற்று கட்டம் துவங்கியிருந்தால், இந்த நிலை காலந் தாழ்த்திய பனிக்குட உடைவு எனப்படுகிறது. படலத்தின் மிகையாக வலு அல்லது படலங்களின் மிகையான விரிவடையுதன்மை ஆகியவை இந்தச் சிக்கலுக்குக் காரணங்களாக அமைகின்றன. இவை, உரிய காலத்தில் பனிக்குடம் உடைவதைத் தடை செய்கின்றன. சிசுப்படலங்கள் சிசுத்தலைக்கு அருகே இருந்து, அல்லது அதனுடன் நெருக்கமாக இருந்தால், மிகக்குறைவாக இருக்கும் திரவம், கால தாமதத்திற்கு காரணமாக அமைகிறது.

காலந்தாழ்த்தி பனிக்குடம் உடையும் போது, பிரசவம், கால தாமதமாகிறது கருப்பைச் சுருக்கங்கள் வலியுடன் இருக்கின்றன. உதயப்பகுதியின் முன்னேற்றம் மெதுவாக உள்ளது.

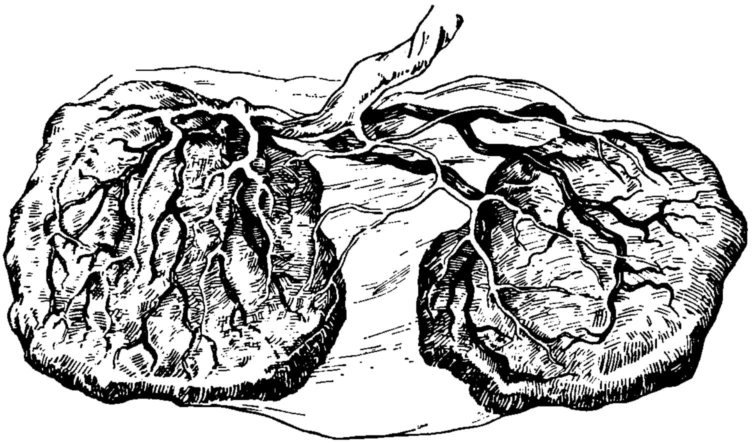
கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாகத் திறந்திருக்கிறது எனவும், பனிக்குடம் உடையாது இருக்கிறது எனவும் நிர்ணயமானவுடன், பனிக்குடத்தை செயற்கை முறையில் உடைக்க வேண்டும். விறைப்பான பனிக்குடத்தை, ஒன்றிரண்டு விரல்களை உள்ளே செருகி உடைக்க வேண்டும். துணிக்கட்டு போட பயன்படும் இருக்கியையோ அல்லது புல்லட் இடுக்கியையோ உபயோகிக்க வேண்டும். உதயமாகும் பகுதி, கூாக நுழைவாயிலில் நிலைபெறாவிடில், பனிநீரின் பீறிட்டு வரும் ஓட்டத்தை, தடை செய்ய வேண்டும்.

பிறப்புறுப்புப்பிளவு வழியாக சிசுப் படலங்கள் துருத்திக் கொண்டிருந்தால் அவற்றையும் துளைக்க வேண்டும். இதன் பின், தலை மகுடநிலையடையத் துவங்குகிறது.

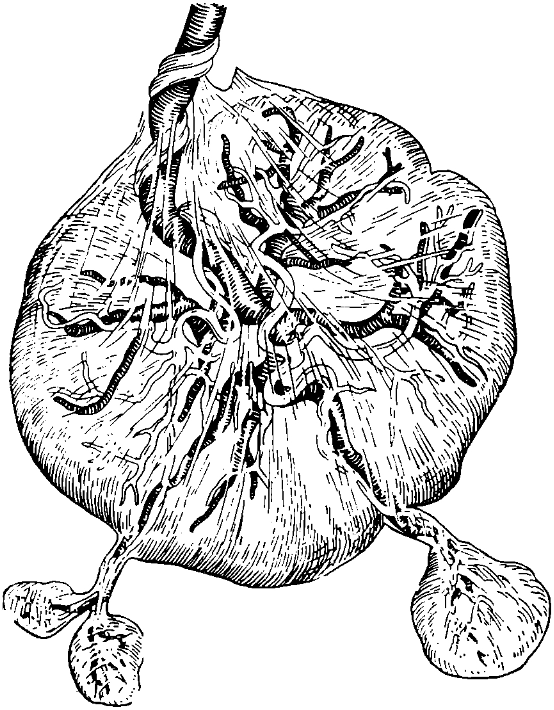
படலத்தால் மூடப்பட்டு குழந்தை பிறந்தை பிறந்தால் (காவுல்) படலத்தை உடனடியாக சிசுவிலிருந்து அகற்ற வேண்டும். குறிப்பாக சிசுவின் தலைப் பக்கமாக திறந்து விட்டால் தான் குழந்தை சுவாசித்து, அதன் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க முடியும். (காவுல் என்றால் கூடை எனப்பொருள். மொ-ர்.)

நச்சுக்கொடியின் முறை கேடுகள்:

நச்சுக்கொடி பொதுவாக வட்டமாகவோ, நீளவட்டமாகவோ இருக்கும். சிலபோது அது நீளமாக, அவரை வடிவமாக, இரண்டு மடல்கள் கொண்டு (பிளாசண்டா பை பார்டிடா) இருக்கலாம். (படம் 202) இரத்த நாளங்களால் இணைக்கப்பட்ட பல பகுதிகள், நச்சுக் கொடியில் இருக்கும். நச்சுக் கொடி அசாதாரண வகையில் மெல்லியதாக இருந்து, கருப்பைச் சுவரின் பெரும் பரப்பில் விரிந்து கிடக்கிறது. (படல் நச்சுக்கொடி) பிரதானமான நச்சுக்கொடியுடன், சில சமயம், ஒன்று, அல்லது அதற்குமேற்பட்ட உபரிபகுதிகள் இணைக்கப்பட்டிருக்கும். (பிளாசென்டாசக்சென்சுரியேடா) (படம் 203) நச்சுக்கொடிவிளிம்பிலிருந்து கொஞ்ச தூரத்தில் அவை பொருந்தியுள்ளன. படலங்களுக்கிடையே செல்லும் தமனிகள், சிரைகள் ஆகியவற்றுடன், இணைதுப்பட்டுள்ளன. பிரசவித்த பின், நச்



படம் 202. இரண்டு மடல் கொண்ட நச்சுக்கொடி



படம் 203. உபரி மடல்கள் கொண்ட நச்சுக் கொடி

சுக்கொடியின் உபரிப்பகுதிகள் கருப்பையில் உள்ளேயே தேங்கிக் கிடக்கலாம். இதனால் பிரசவத்திற்கு பின் குருதிப்பெருக்கும், சீழ் தொற்றும் நிகழலாம். நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்டவுடன், அதில் உடைந்த இரத்த நாளங்கள் ஏதாவது உள்ளனவா எனப்பரிசோதிக்க வேண்டும். இவை காணப்பட்டால் நச்சுக்கொடியின் உபரிமடல் கருப்பையில் தங்கி விட்டது என நிர்ணயம் செய்து, அதை உடனடியாக கைகொண்டு அகற்ற வேண்டும்.

அபூர்வமான கேசுகளில், வெண்மையான விளிம்புடன் ஒழுங்காக இருக்கும் நச்சுக்கொடியிலிருந்து படலங்கள் வெளிப்படுகின்றன.

கருப்பை சிலேட்டுமத்தையும், நச்சுக்கொடி ஒட்டிக்கொண்டிருக்கும் இடத்தையும் பொறுத்து நச்சுக்கொடியின் வடிவம் இருக்கிறது.

கருவக கோணங்களில் நச்சுக்கொடி பொருந்தியிருப்பது; போஷாக்குக் குறைவு; அல்லது அழற்சி நிகழ்வுகளால் எண்டோமெட்ரியம் பாதிக்கப்படுவது; ஆகியவை நச்சுக்கொடியில் அசாதாரண விகாரங்களைத் தோற்றுவிக்கின்றன.

விரலிகளின் சிதைவாலும், சீர்குலைந்த இரத்த ஓட்டத்தின் விளைவாலும் நச்சுக்கொடி நசிவுகள் உருவாகின்றன. இந்த மாற்றங்களைத் தொடர்ந்து ஃபைப்பின் படிகின்றது. நசிவுகள் வெண்மையான வட்டமான பட்டைகளாக 15—20 மி.மி அளவில், நச்சுக்கொடியின் இரண்டு பக்கங்களிலும் (தாய் பரப்பு, சேய் பரப்பு) காணப்படுகின்றன. சிலபோது நசிவுகள் பெருமளவில் இருந்து, நச்சுக்கொடி முழுவதிலும் காணப்படுகின்றன. சிறுநீரக அழற்சியிலும், கர்ப்ப நச்சுநிலையிலும் பெரிய நசிவுகள் தோன்றுகின்றன. சிறிய நசிவுகளவுால் சிசுவுக்கு எந்த விதக் கெடுதியும் இல்லை. நச்சுக்கொடியின் பரப்பு பூராவும் காணப்படும் நசிவுகளால், சிசுவிற்கு அசாதாரண வளர்ச்சிகள் தோன்றுகின்றன. அவை, கருப்பையுள் சிசுவின் மரணத்திற்கும் காரணமாக அமைகின்றன.

நிறைமாத சிசுக்களின் தாய்பரப்பில், வெண்மையான, திடமான புள்ளிகள் காணப்படுகின்றன. நசிவடைந்த விரலிகளில் காணப்படும், கால்சிய உப்பு படிவுகளாகும். கருப்பையுள் சிசுவின் வளர்ச்சி மீது, எந்த வித விளைவையும், இவை, ஏற்படுத்துவதில்லை. (தாய்பரப்பு, சேய்பரப்பு என்றும் போது, கருப்பையினுள்ளிருக்கும் நச்சுக்கொடியின் இரண்டு பரப்புகளில், ஒன்றுதாயை நோக்கியும், மற்றபரப்பு சேயை நோக்கியும் இருக்கும். மொ-ர்.)

நச்சுக்கொடி ஒட்டிக் கொள்ளல்

எண்டோமெட்ரியம் மற்றும்மையோமெட்ரியத்தின் பொஞ்சடுக்கினுள் நுழையாது, விரலிகள், உதிர்படலத்தின் இறுக்கமான அடுக்கினுள் வளர்கின்றன. குழந்தை பிறந்த பின்பு, பொஞ்சடுக்கிலிருந்து, நச்சுக்கொடியை எளிதில் பிரிக்க முடிகிறது. ஆனால், சில கேசுகளில், கருப்பைச் சுவருடன் நச்சுக்கொடி ஒட்டிக்கொள்வது மிகவும் நெருக்கமாக இருக்கிறது.

ஒட்டிக் கொள்வதில் உண்மை வகை, போலி வகை என இரண்டு வகை பிரித்தறியப்படுகின்றன. போலி ஒட்டலில், (பிளாசெண்டா அட்ஹரண்ட்) விரலிகள் எண்டோமெட்ரியத்தினுள் வளர்ச்சியடைகின்றன. ஆனால் மையோமெட்ரியத்தை அடைவதில்லை. நச்சுக்கொடியை கையாலேயே பிரிக்க முடியும்.

உண்மை வகையில் (பிளாசெண்டர்

அக்ரீடா), விரலிகள் மையோமெட்ரியத்தினுட் சென்று வளர்ச்சி அடைகின்றன. இதனால் கருப்பைச் சுவரிலிருந்து நச்சுக்கொடியைப் பிரிக்க முடிவதில்லை. இது மிகவும் அபூர்வமான ஒன்றாகும்.

தனது முழுப்பரப்பு கொண்டோ அல்லது ஒரு பகுதி மட்டும் கொண்டோ நச்சுக்கொடி கருப்பைச் சுவரின் மேல் ஒட்டிக் கொள்ள முடியும். நச்சுக் கொடியின் ட்டிக்கொள்ளல் கீழ்க்கண்டவைகளால் நிகழுதின்றன:—அழற்சி வியாதிகளால் கருப்பையில் ஏற்படும் மாற்றங்கள் (எண்டோமெட்ரிய அழற்சி கருப்பையை அறுவையின் போது, சுரண்டியபின் உண்டாகும் தழும்புகள், ஃபைப்ரோமையோமா, கருப்பையின் விகார வளர்ச்சிகள் (குறைவளர்ச்சி, ஒரு கொம்பு கருப்பை முதலியன). கருச்சிதைவின் பின்னர் பெண்களில் நச்சுக்கொடி ஒட்டிக் கொள்ளல் உண்டாகிறது. | பிரசவத்தின் முதலாவது இரண்டாவது கட்டங்களிலோ அல்லது கர்ப்பத்தின் போதோ, ஒட்டியிருக்கும் நச்சுக்கொடி வெளித் தெரிவதில்லை. மூன்றாவது கட்டத்தில் (நச்சுக்கொடி கட்டம்) குருதிப்பெருக்கு துவங்குகிறது. விரைவாகவே, அது, மிகையாகிறது. தனது முழுப்பரப்பு கொண்டு கருப்பைச்சுவரில் ஒட்டிக் கொண்டிருந்தால், குருதிப்பெருக்கு இல்லை. நச்சுக்கொடியின் ஒரு பகுதி பிரியத் துவங்கியவுடன், நச்சுக்கொடி பிரிந்து வெளிப்படுவதை, ஒட்டியுள்ள நச்சுக் கொடி தடுத்தால், குருதிப்பெருக்கு துவங்குகிறது. நச்சுக்கொடி தேங்கி விட்டால், கருப்பை சுருங்குவதில்லை. நச்சுக்கொடி பொருந்தியிருக்கும் இடத்திலுள்ள நாளங்கள், திறந்து, அது, உள்ளிருக்கும் வரை குருதிப்பெருக்கு தொடர்கிறது.

ஒட்டியுள்ள நச்சுக்கொடியைக் கொண்ட கேசுகளுக்கு உடனடி அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும். போலி ஒட்டல் நிலையைக் கை கொண்டு பிரித்து, கருப்பையிலிருந்து அகற்றிவிடலாம். உண்மை ஒட்டலின் (பிளாசெண்டர் அக்ரீடா) போது, கருப்பையை அகற்றி விடுவதே பொருத்தமாகும்.

மருத்துவ வியாதிகள் கொண்ட நோயாளி களின் கர்ப்பமும், பிரசவமும், பிரசவமும்.

தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட தொற்று நோய்கள்

கர்ப்பம், பெண்களுக்கு, நோய் பாதிப்புகளிலிருந்து பாதுகாப்பு அளிப் பதில்லை. தொன்றும் நோய்கள் தோன் றுவது, கர்ப்பிணிகளிடத்திலும் கர்ப்ப மடையாத பெண்களிடத்திலும் ஒரே மாதிரியாக இருக்கிறது. ஆனால், தொற்றும் நோய்களின் போக்கு, கர்ப் பிணிகளிடம் மோசமாகவே இருக்கி றது. எல்லா நோய் பாதிப்புகளும், குறிப்பாக தீவிர நோய்கள், கருப்பை யுட் சிசுவுக்கு ஆபத்தை விளைவிக்கி றது. பெரும்பாலும் சிசு மரணமடைகி றது; குறை மாதத்திலேயே கர்ப்பம் சிதைக்கப்படுகிறது. டைஃபஸ் மற்றும் வயிற்றுக் காய்ச்சல் (டைபாய்டு), தீவிர இன்புளுயென்சா, திவிர சீதபேதி, தொற்றும் கல்லீரல் அழற்சி போன்ற தீவிர தோற்றும் நோய்களில், கருச்சி தைவும், குறைகாதப்பிரசவமும், நிறை யவே காணப்படுகிறது. சேயின் தாயின் நச்சு நிலை, காய்ச்சல், கர்ப்பிணியின் சீர்குலைந்த இன்றியமையாத பணிகள் ஆகியவற்றால சிசு மரித்து, குறை மாதத்தில் வெளிப்படுகிறது. தொற் றும் நோய்களின் போது நிகழும், சீர் குலைவும், நச்சுக்கொடியில் உண்டா கும் குருதிப் பெருக்கும், குறையாத பிரசவத்தை உண்டாக்குகிறது. தொற் றும் நோய்களின் பல காரணிகள், தாயின் இரத்தத்திலிருந்து சிசுவிற்கு ஊடுருவி, சிசுக்களை நச்சு நிலையில் ஆழ்த்துகின்றன. தடுப்பாற்றல் சக்தி மிகவும் குறைவாக இருப்பதால், சிசு மரிக்கிறது.

கருச்சிதைவும், குறைமாதப்பிரச வமும், குருதி இழப்பு, மற்றும் சீர்கு லைந்த வளர்சிதை மாற்றம், பிரசவப் பின்னான (கருச்சிதைவுக்குப் பின்னான) சீழ்தொற்று ஆகியவற்றின் மூலம், தொற்றும் நோய்களின் போக்கு இன் னும் மோசமடைகிறது.

செம்புள்ளிக் காய்ச்சல், டிப்தீரியா, தட்டம்மை, போன்ற மற்றும் பல கர்ப்பிணிகளின் தோற்றும் நோய்கள், சோவியத் யூனியனில் மிகவும் அரிதா கவே காணப்படுகின்றன.

இன்புளுயென்சா. மற்ற தொற்றும் நோய்களை விட, இன்புளுயென்சா, கர்ப்பிணிகளில் அதிகமாகவே காணப் படுகிறது. இன்புளுயென்சாக குறிப் பாக கர்ப்பத்தின் கடைசி மாதங்களில் குறை மாதப் பிரசவத்தைத் தோற்று விக்கிறது. கருப்பையின் மந்தம் மற் றும் வலியுடன் கூடிய சுருக்கங்மள், நச் சுக்கொடிக் கட்டம் மற்றும் பிரசவபின் கால கட்டங்களில் குருதிப்பெருக்கு, சீழ்தொற்றுடன் இணைந்த பிரசவபின்

கால நோய்கள் போன்ற பிரசவத்தின் சிக்கல்கள், இன்புளுயென்சா நோயாளிகளிடம் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன.

புதுப்பிறப்புகள், இன்புளுயென்சாவால் எளிதில் பாதிக்கப்படுகின்றனர். போதிய முன் காப்பு முறைகள் எடுக்கப்படாவிடில் மகப்பேறு மருத்துவ மனையில் புதுப்பிறப்பகளினிடையே இன்புளுயென்சா துரிதமாகப் பரவுகிறது. இன்புளுயென்சா நோய் பரவுவதைத் தடுக்க, பெண்களும் குழந்தைகளும், நோயின் முதல் அறிகுறிகள் தோன்றியவுடனேயே, தனி அறைகளில் வைக்கப்பட வேண்டும்.

முகமுடிகள் கட்டாயமாக அணியப்பட வேண்டும்; கூடங்களில் நல்ல காற்றோட்டம் இருக்க வேண்டும். முடிந்தால் பாதரச—குவார்ட்ஸ் விளக்கின் கிரணங்களை உட்செலுத்த வேண்டும்.

காச நோய். காச நோய், கர்ப்பத்திற்கு குந்தகம் விளைவிக்கிறது. அது போன்றே கர்ப்ப நிலையும், காச நோயை மோசமடையச் செய்கிறது. காச நோயிலிருந்து குணமடைந்த பெண்கள், கர்ப்பமடைந்தால் எந்தத் தீங்கும் நேருவதில்லை. கர்ப்பத்தால், குறிப்பாக கடைசி மாதங்களில், தீவிர காச நோய் இன்றும்மோசமடைகிறது. குரல் வளையின் காச நோய், கர்ப்பத்தின் போது மிக மோசமடைகிறது.

பிரசவபின் காலமும், முலைப்பாலூட்டும் காலமும், காசநோய் நிகழ்வை பாதிக்கிறது.

காசநோயின் தீவிர நிலைகள், குறை மாதப்பிரசவத்தை உண்டாக்குகிறது. காசநோய் கிருமி, (மைகோபாக்டீரியம் ட்யூபர்குலோசிஸ்) அபூர்வமாகவே தாயிடமிருந்து, சிசுவுக்குச் செல்கிறது. ஆனால் தாய், தனது பிரசவபின் காலத்தில், கை மகவுக்கு காச நோயைக் கடத்தலாம்.

காச நோய் கொண்ட எல்லா கர்பிணிகளும் (அல்லது கடந்த காலத்தில் காச நோய் வரலாறு கொண்டவர்கள்), ஒரு டாக்டரைக் கலந்தாலோசித்து, கர்ப்பத்தை எவ்விதம் சமாளிப்பது என தீர்மானித்துக் கொள்ள வேண்டும். தீவிர நுரையீரல் காச நோயில், செயற்கை முறையில் கருச்சிதைவு செய்து கொள்வது நல்லது. (மற்ற உறுப்புக்களின், குறிப்பாக குரல் வளையின் காச நோயின் போது.) ஈடுசெய்யப்பட்ட காச நோயின் மீது, பிரசவிப்பது ஊறு விளைவிக்காது.

காசநோய் கொண்ட கர்ப்பிணி, சிறப்பு மருத்துவர் மற்றும் மகப்பேறு டாக்டர் ஆகியோரின் இடைவிடாத கண்காணிப்பில் இருந்து வர வேண்டும். தேவையிருந்தால், நோயாளிக்கு சிறப்பு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். (ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன், பாசா, ஃப்திலாசிட் முதலியன.) நகராட்சி மருத்துவமனைகளில் உள்ள சிறப்புப் பகுதிகளில், நோயாளி பிரசவிக்க வேண்டும். பிரசவித்த பெண்ணும் அவளது புதுப்பிறப்பு நன்கு கவனிக்கப்பட வேண்டும். தீவிர காசநோயில், முலைப்பாலூட்டல் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். கட்டுப்படுத்தப்பட்ட நோய் வகைகளில், தாய் தனசேய்க்கு பாலூட்டலாம். ஆனாலும், பெண்ணின் நிலை அடிக்கடி பரிசோதிக்கப்பட பவண்டும். பாலூட்டும் போது, தாய் தனது மூக்கையும் வாயையும் முடிக் கொள்ளும் வகையில் முகமுடி அணிந்து கொள்ள வேண்டும்.

முன்காப்பு முறையாக காசநோய்க்கு எதிரான தடுப்பு ஊசி, பிறந்த ஒரு சில நாட்களிலேயே, புதுரிபிறப்புக்கு போட்டு விட வேண்டும். (பி.ஸி.ஜி.) பி.ஸி.ஜி. காசநோய்க்கான எதிர்ப்பு

சக்தியை குழந்தைக்கு அளிக்கிறது.

மலேரியா. இந்நோய், கர்ப்பத்திற்கு. பாதகமாக இருக்கிறது. பிரசவத்திற்கும், விரசவ பின் காலத்திற்கும் இடைஞ்சலாக உள்ளது. மலேரியா நோய், கர்ப்பத்தின் போது, மோசமடைகிறது.

கருச்சிதைவிற்கும், குறைமாதப்பிரசவத்திற்கும் மலேரியா காரணமாக இருக்கிறது. இந்த நோயுபின், நச்சுக் கொடியில் குருதிப்பெருக்கு, விரலிகளின் சிதைவு, மற்றும் பல மாற்றங்கள் தோன்றி, சிசு வளர்ச்சயைப் பாதிக்கிறது. நச்சுக் கொடியில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், **பிளாஸ்மோடியம் மலேரியாக் கிருமியை** தாயிடமிருந்து குழந்தைக்குக் கடத்தும் சூழ்நிலைகளை உருவாக்குகிறது. இதைத் தொடர்ந்து சிசுவும் மலேரியாவால் பாதிக்கப்படுகிறது.

கர்ப்பிணியை விசாரித்தால், கடந்த காலத்தில் மலேரியா நோய் உண்டானது தெரிய வரும். காய்ச்சல் போன்ற அறிகுறிகள் ஏற்ப்பட்டால் (மலேரியாவின் அறிகுறிகளின் ஒன்று), உடனடியாக இரத்தத்தைப் பரிசோதித்து, **பிளாஸ்மோடியம்** இருக்கிறதா எனத் தெரிய வண்டும்.

கர்ப்பிணிகளுக்கும், பிரசவித்த பெண்களுக்கும், மலேரியா நோய் இருந்தால், குவினீனும், குவினாக்ரைனும் கொடுக்க வேண்டும். மலேரியா எதிர் சிகிச்சை, கர்ப்பத்தைப் பாதிக்காது. மலேரியாவால் கருச்சதைவும், குறைமாதரிபிரசவும் தோன்றுகிறது. அதே போது குவினீனும், குவினாக்ரைனும் கருச்சதைவைத் தவிர்க்கின்றன.

மேகநோய் (கிரந்தி நோய்) சிகிச்சை செய்யப்படாத மேகநோய், கர்ப்பத்தின் ஒரு தீவிர சிக்கலாகும். மேகநோய் பாதிப்பு, தாயிடமிருந்து குழந்தைக்குச் சென்று, பெருத்த தீங்கை விளைவிக்கிறது.

மேகநோய், சிகிச்சை செய்யப்படா விட்டாலும், அரைகுறையாக சிகிச்சை செய்யப்பட்டாலும், கர்ப்பம், கருச்சிதைவிலோ, குறைமாதப் பிரசவத்திலோ முடிகிறது. பிறக்கும் குழந்தைகள் இந்த நோயால் பாதிக்கப்படுகின்றனர் அல்லது மரித்துப்பிறக்கின்றனர். (நிறை மாதத்தில் பிறந்தால்) நச்சுக்கொடி வழியாக, மேகநோய் பாதிப்பு, சிசுவுக்குக் கடத்தப்படுகிறது. மேக நோயில், நச்சுக்கொடியில் பெருமளவில் மாற்றங்கள் (குறுகிய ரத்த நாளங்கள், இணைப்புத்திதுவின் வீக்கம், நச்சுக் கொடி பெரிதடைதல்), உண்டாகின்றன. நோயால் பாதிக்கப்பட்ட புதிய பிறப்பு, சருமப்பொரிப்புகளுடனும், உள்ளங்கைகளிலும் உள்ளங்கால்களிலும் கொப்புளங்களுடனும், வீங்கிய கல்லீரலுடனும், மகோதரத்துடனும், பாதிக்கப்பட்டுள்ளது.

கர்ப்பத்தின் முன்போ, கர்ப்பத்தின் போதோ, பெண் சிகிச்சை எடுத்துக் கொண்டால், சிசுவுக்கு பாதிப்பு ஏற்படும் அபாயமும், மரித்த பிறப்பும் தவிர்க்கப்படுகிறது. போதிய உரிய கால சிகிச்சை கர்ப்பிணிக்குக் கொடுக்கப்பட்டால், அவள் சீரடைந்து, ஆரோக்கியமான குழந்தையை ஈன்றெடுக்கிறாள் உரிய காலத்தில் மேக நோயைக் கண்டுபிடித்து தகுந்த சிகிச்சை அளிப்பது மிக மிக முக்கியமாகும்.

மீண்டும் மீண்டும் விசாரிப்பதன் மூலமும், கர்ப்பிணியை முழுமையாகப் பரிசோதிப்பதன் மூலமும் மேகநோயைக் கண்டு பிடிக்கலாம். கர்ப்பிணியில் மேக நோய்க்கான அறிகுறிகள், (கடந்த காலத்தில் மேக நோய் இருந்த வரலாறு, முந்தைய கருச்சிதைவுகள், மரித்த பிறப்புகள்) மேகநோய் அவளது கணவனிலோ, உற்றார் உறவினரிலோ இருந்ததற்கான அறிகுறிகள் ஆகி

யவை ஆராயப்பட வேண்டும். கர்ப்பிணியின் இரத்தம் கட்டாயமாக சோதிக்கப்பட வேண்டும்.(வாசர்மேனின் சோதனை) மேக நோய் கொண்ட கர்ப்பிணிகள் கட்டாயமாக சிகிச்சை பெற வேண்டும். (பெனிசிலின், நியோசால் வார்சான், பையோகைனால் இன்ன பிற.) கர்ப்பத்தின் போது இரண்டு மூன்று முறைகள் சிகிச்சை அளிக்கப் பட வேண்டும். பிரசவத்தின் பின்னர் தாய்க்கும் சேய்க்கும் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

வெட்டை நோய். கர்ப்பத்திற்கு முன் போ, கர்ப்பத்தின் போதோ, பெண்ணுக்கு வெட்டை நோய் உண்டாகலாம் பெண்ணின் பிறப்புறுப்புக்களின் வெட்டை நோய் தான், மலட்டுத் தன்மைக்குக் காரணமாக அமைகிறது. கருவகக்குழல்களின் வெட்டை நோயால், பெண்களில் மலட்டுத்தன்மை அதிகமான காணப்படுகிறது. கருவகக்குழலகள் அடைபட்டுப் போகின்றன. எண்டோமெட்ரியத்தின் வெட்டை பாதிப்பு தற்காலீக மலட்டுத் தன்மையை உண்டாக்குகிறது; கர்ப்பம் பெரும்பாலும் கருச்சிதைவிலே முடிகிறது. வெட்டை நோய் பாதிப்பு கருப்பைக் கழுத்தையும் சிறு நீர் புற வழியையும் மட்டும் பாதித்தால், கர்ப்பம் தரிக்கலாம்; அறிகுறிகள் மறைந்தவுடன் சகஜ நிலையில் வளர்ச்சியடைகிறது. கர்ப்பத்தின் போது பெண் பாதிக்கப்பட்டால், சிறு நீர் புறவழி மற்றும் கர்ப்பப்பைக் கழுத்து, பார்த்தோலின் சுரப்பிகள் ஆகியவை, அழற்சி நிகழ்வுகளால் பாதிக்கப்படுகின்றன. திசுக்களின் மிகையான சீர திரவத்தாலும், திசுக்களின் தளர்ந்த நிலையாலும், நோய் பாதிப்பு, அக்குலுக்கும், யோனிக்கும் பரவுகிறது. ஒண்ணுக்கு இருப்பது வலியுடன் இருக்கிறது. மிகையாக வெள்ளை படுகிறது. கரணை போன்ற வளர்ச்சிகள், (காண்டிலோமாக்கள்) புறரிபிறப்புறுப்புக்களிலும், யோனியிலும் காணப்படுகின்றன. வைரஸ் வியாதிகளில், தீவிர காண்டிலோமாக்கள் உருவாகின்றன.

கர்ப்பத்தின் போது பெறப்படும் வெட்டை நோய், கரு பைக்குள் பரவுவதில்லை. பிரசவத்திற்குப் பின்னர் (வெட்டை நோய்க்கு சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடில்) நோய், கருப்பையினுள் பரவுகிறது. இங்கிருந்து, கருவகக் குழல், சூலகங்கள், கூபக பெரிடோனியம் ஆகியவற்றிற்கு நோய் பரவலாம்.

குழந்தை பிறக்கும் போது, சிசுவுக்கு வெட்டை நோய் பரவலாம். இந்த பாதிப்பால் இமை இணைச்சவ்வு அழற்சி, மலக்குடலின் அழற்சி, பெண்களில் அல்குல் மற்றும் யோனியின் வெட்டை அழற்சி ஆகியவை தோன்றுகின்றன.

கர்ப்பம் துவங்குவதற்கு முன்னரே, வெட்டை நோய்க்கு வெற்றிகரமாக சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், அழற்சியால் தோன்றிய எஞ்சிய மாற்றங்கள் (தழும்புகள், பிளவுகள், ஊடுருவல்கள்) கர்ப்பத்தின் போது மட்டுப்படுகின்றன.

கர்ப்பிணியைப் பரிசோதனை செய்யும் போது, வெட்டை நோய்க்கான அறிகுறிகளை ஆராய வேண்டும். (பெண்ணிலோ அல்லது அவளது கணவனிலோ வெட்டை நோய் இருந்தற்கான கடந்த கால வரலாறு, ஒண்ணுக்குப் போகும் போது வலி, சீழ்கொண்ட வெள்ளை படல்.) வெட்டை நோய் பற்றி ஏதாவது சந்தேகம் நேர்ந்தால், சிறுநீர் புற வழியிலிருந்து வெளிப்பாட்டை, குறிப்பாகப் பரிசோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். கரு பைக்கழுத்து, யோனி, மற்ற உறுப்புக்களும் முழுமையாக பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

வியாதி நிர்ணயம் ஆனவுடனேயே,

வெட்டை நோய் கொண்ட கர்ப்பிணிக்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். கர்ப்பமில்லாத பெண்ணுக்கு அளிக்க படும் சிகிச்சையே, கர்ரிபிணிக்கும் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ். சிசுவின் விகார வளர்ச்சிக்கும், மரித்த பிறப்புக்களுக்கும் டாக்சோபிளாஸ்மோசிஸ் காரணமாக இருக்கலாம் என சமீப காலத்தில் நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது. **டாக்சோபிளாஸ்மா** குடும்பத்தைச் சேர்ந்த உயிரினங்கள், குரங்குகள் மற்றும் வீட்டு, காட்டு விலங்குகள், கொறி விலங்குகள், பறவைகள் ஆகியவற்றில் ஒட்டுண்ணிகளாக வாழ்ந்து, இரைப்பை குடல் பாதை மற்றும் மூச்சுப்பாதை ஆகியவை வழியாக மனிதனுக்குப் பரவுகின்றன. வயது வந்தவர்களில், தீவிர, நாட்ப்பட்ட டாக்சோ பிளாஸ்கோசிஸ் காணப்படுகிறது. தீவிர வகையில் பல்வேறு அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன. நோயின் போக்கு, டைபஸ் வியாதியை ஒத்திருக்கிறது. மூளை உறை—மூளை அழற்சி, நிணக்கணு அழற்சி ஆகியவையும் இந்நோயில் காணப்படுகின்றன. நாட்ப்பட்ட டாக்சோபிளாஸ்மாசிஸில் அறிகுறிகள் குறைவாகவே காணப்படுகின்றன. பெரும்பாலும் மறைந்தே இருக்கின்றன. சிறப்பான சீரப்பரிசோதனைகள் மூலமே நோய் நிர்ணயம் செய்ய முடியும்.

தாய் மூலம் சிசுவுக்கு நோய் பரவுகிறது. பிறவி டாக்சோபிளாஸ்மோசிசால், கருப்பையுட் சிசு மரணமடைகிறது. உயிருடன் பிறந்தால், சிசுவுக்குப் பல விகாரங்கள் தோன்றுகின்றன. (கபால நீர்த்தேக்கம், நுண்கபாலம் இன்னபிற) சிசுவின் நரம்பு மண்டல பாதிக்கப்படலாம். (வலிப்புகள், செயலிழப்பு, இயக்க பலவீனம்) விழித்திரையின் நோய்கள் (கோரியோரெடினைடிஸ்); கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள், மற்ற உறுப்புக்கள் ஆகியவையும் பாதிக்கப்படலாம்.

இன்றியமையாத உறுப்புக்கள், மண்டலங்களின் பாதிப்பு

இருதய இரத்த நாள நோய்கள். கர்ப்பமும், பிரசவமும், பெண்ணின் இருதய இரத்த நாள மண்டலத்தின் மீது அதிகமான சுமையைக் கொடுக்கின்றன. ஒரு சுகாதாரமான கர்ப்பிணி, இந்தப் புதிய சுமையை, ப்ளிதில் தாங்கிக் கொள்கிறாள். ஆனால் இருதய இரத்த நாள வியாதியுடைய கர்ப்பிணிகளுக்கு, இரத்த ஓட்டக்கோளாறுகளும் மற்றும் பல சிக்கல்களும் உண்டாகின்றன. கர்ப்பம், பிரசவம், பிரசவபின் காலம் ஆகிய அணைத்தும் இருதய இரத்த நாள வியாதிகளை மோசமடையச் செய்கின்றன. ஈரிதழ் வால்வு குறுக்கக் கோளாறு, முடக்குவாதத்தினால் விளைந்த இருதயக் கோளாறுகள் (மையோகார்டிய, எண்டோகார்டிய பாதிப்புகள்) சீழ்கொண்ட எண்டோகார்டிய அழற்சி, இருதயச் சுறுக்கம் ஆகியவையே அபாயகரமானவை. இந்த நோய்கள் அனைத்தும் கர்ப்பத்தின் போது மோசமடைகின்றன. இருதயபாதிப்பு, இரத்த சுழற்சிக் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. (சிரமமூச்சு, சையனோசிஸ், வீக்கம் இன்னபிற.) மேற்கூறியவை தோன்றினால், கருச்சிதைவு செய்வது அவசியம். பிரசவத்தின் போது, குறிப்பாக வெளியேற்று கட்டத்தில், இருதய, இரத்த சுழற்சிக் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. பிரசவத்தின் போது, நரம்பு மற்றும் தசை மண்டலங்களின் மீதான பளுவால் இருதயப் பணிக்கோளாறுகள் தோன்றுகின்

றன. பிரசவத்தின் பின் பெண், உணர்ச்சியிழந்து நிலை குலையலாம். (வயிற்று உள அழுத்தம் திடீரென்று குறைவதால்.)

இருதயக் கோளாறுகளால், மரணம் சம்பவிக்கலாம். ஈடுசெய்யப்படாத இருதய நோய்கள் கொண்ட பெண்களில் குறைமாதப் பிரசவம் நிகழலாம். பிரசவத்தின் போது சிசுவிற்கு மூச்சுத் திணறலும் ஏற்படலாம். புதுப்பிறப்புகளின் முதல் சில நாட்களில். உட்கபாலக்காயங்களின் அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன.

மைட்ரல்வால்வின் போதாமை ஈடு செய்யப்பட்டு விட்டால், கர்ப்பத்தின் போது, அபூர்வமாகவே இருதயக் கோளாறுகள் உண்டாகின்றன. பிரசவம் சகஜமாக இருந்த போதிலும் இருதய பலவீனம் உண்டாகிறது. இருதய நோயாளிகளில் சிலர், பிரசவபின் காலத்தில் அவதிப்படுகின்றனர்.

உரிய காலத்தில் இருதய நோய் நிர்ணயம் செய்ய, கர்ப்பிணிகள் அனைவரும் முழுமையாகப் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். (கடந்த கால வரலாறு, பரிசோதனை, தட்டிப்பார்த்தல், கேட்டுணர்தல், நாடித்துடிப்பையும், இரத்த அழுத்தத்தையும் அளவிடல்.) இருதய இரத்தநாளக் கோளாறுகள் கொண்ட கர்ப்பிணிகள் அனைவரும், மகப்பேறு நோய் நிபுணர், மகளிர் நோய் நிபுணர், சிகிச்சையாளர் ஆகியோரால், நன்கு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். பெண்ணின் உடல் நலத்திற்கு குந்தகம் விளைவிக்கும் நோய்கள் காணப்பட்டால், (மைட்ரல்—வால்வு குறுக்கம், இருதய உள் உறை அழற்சி, இருதயத் தசை அழற்சி, இருதயச் சுருக்கம் முதலியன) குறை மாதத்திலேயே(12வாரங்கள்)கருச்சிதைவு செய்யப்பட வேண்டும். கர்ப்பிணி 12 வாரங்களுக்குப் பின்னர் முதல் தடவையாக டாக்டரிடம் ஆலோசனை பெற்றால், சிகிச்சைக்காக அவளை மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டும். அவள், தனது கர்ப்பத்தைத் தொடரலாமா என்பதை டாக்டர் நிர்ணயிக்க வேண்டும். சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டும் கர்ரிபிணியின் நிலைமை மோசமடைந்தால், சிசேரியன் அறுவை கொண்டு, கர்ப்பத்தை முடிக்க வேண்டும். கர்ப்பிணியின் உடல் நிலை அனுமதித்தால், கடைசி மாதங்களில் அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டு, உயிருள்ள சிசுவை வெளியேற்றலாம்.

இருதய நோயாளிகளின் பிரசவம், ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில் நடைபெற வேண்டும். இருதய நோய்க்கான மருந்துகள், குளுகோஸ், ஆக்ஸிஜன் கொடுக்கப்பட வேண்டும். பிரசவத்திற்கு உதவி செய்ய, இடுக்கி கொண்டு சிசுவை வெளியேற்ற வேண்டும். ஈடுசெய்யப்பட்ட மைட்ரல் கோளாறுகள் உள்ள கர்ப்பிணிகளில், தானாகவே பிரசவம நடைபெற அனுமதிக்கலாம்.

குழந்தை பிறந்தவுடன், தாயின் வயிற்றின் மேல் ஒரு பளுவை வைக்க வேண்டும். (மண் கொண்ட பை) அல்லது வயிறுக்குக் கட்டுப்போட்டு, பெண்ணின் நிலை குலைவைத் தடுக்க வேண்டும். இருதய இரத்த நாள மண்டலக் கோளாறுகள் கொண்ட பிரசவித்த பெண்ணுக்கு கிடை ஓய்வு தேவை. குழந்தை பிறந்த மூன்று வாரங்களுக்குப் பின்னர், அவளை மருத்துவமனையிலிருந்து விடுவிக்கலாம். வீட்டிலும், அவளுக்கு மருத்துவக்கண்காணிப்பு தேவை. ஏனெனில் பிரசவத்திற்குப் பின்னர் சில வாரங்களிலோ அல்லது மாதங்களிலோ, அவளது உடல் நிலை மோசமடையலாம்.

இரத்த மிகு அழுத்தம். இரத்த மிகு அழுத்தத்தின் போக்கை, கர்ப்பம்,

மோசமடையச் செய்கிறது. வியாதி குறைவாக இருந்தால் தான், கர்ப்பமும், பிரசவமும் சகஜமாக இருக்க முடியும். (இரத்த அழுத்தத்தில் தற்காலீக குறைந்த அளவிலான ஏற்றம், உறுப்புக்களில் அடிப்படை மாற்றங்கள் இல்லாமை.) நிரந்தரமான, மிகையான இரத்த மிகு அழுத்த, வியாதியை கர்ப்பம், இன்னும் மோசமடையச் செய்கிறது. முதல் வாரங்களில், இரத்த அழுத்தம் ஓரளவு குறையலாம்; இது, தற்காலீகமானதே, இதைத் தொடர்ந்து இரத்த அழுத்தம் மிகையாக அதிகரிக்கிறது.

இரத்த நாளத்தின் அதிகரித்துக் கொண்டிருக்கும் சுருக்கங்கள், திசுக்களுக்கு ஆக்ஸிஜனும் போஷாக்கும் கடத்தப்படுவதைப் பாதிக்கின்றன. இதனால் இன்றியமையாத உறுப்புக்களின் பணிகள் பாதிக்கப்பட்டு, அவற்றில் வளப்பக்கேட்டை தோற்றுவிக்கின்றன. இந்தக் கோளாறுகளுடன், தலைவலி, பார்வைக் கோளாறு, சிறுநீரில் புரதம், சிறுநீரில் படிகங்கள் ஆகியவையும் உண்டாகின்றன. கருப்பை மற்றும் நச்சுக் கொடியின் நாளங்களும் பாதிக்கப்படுவதால் சிசுவுக்குக் கடத்தப்பட வேண்டிய ஆக்ஸிஜனும் போஷாக்கும் குறைகின்றன. ஆகவே கொடூரமான இரத்த மிகு அழுத்தத்துடன், சிசுவின் குன்றிய வளர்ச்சி, கருச்சிதைவு, குறைமாதப்பிரசவம் ஆகியவை உண்டாகின்றன. மரித்துப்பிறப்புகளும் உண்டாகலாம். பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தில், பல்வேறு உறுப்புகளில், குறிப்பாக, மூளையில் குருதிப் பெருக்கு நேரிலாம்.

கர்ப்பிணியில், உரிய காலத்தில் இரத்த மிகு அழுத்தத்தின் நோய் நிர்ணயம் செய்வது தான், சிக்கல்களுக்கான சிறந்த முன் காப்பாகும். டாக்டரை முதலில் சந்திக்கும்போது, நோய்க்கான அறிகுறி ஏதாவது உள்ளதா எனப் பரிசோதிக்க வேண்டும். இரத்த மிகு அழுத்த நோய் இருப்பதாக நிர்ணயமானால், ஒரு சிறப்பு நிபுணரைக் கொண்டு பரிசோதனை செய்வது நல்லது. நிரந்தரமான, மிகையான நோய் நிலைகளில், கருச் சிதைவு மிகவும் அவசியமாகிறது. தனக்கு ஒரு குழந்தை பிறக்க வேண்டும் என அந்தப் பெண் கருதினால், அவளுக்கு சிகிச்சை அளித்து முறைப்படி கண்காணிக்க வேண்டும்.

இரத்தத்தின் நோய்கள்:—கர்ப்பத்துடன் அனேகமாக சோகை நோயும் இருக்கிறது. வளர்ச்சியடைந்து கொண்டிருக்கும் சிசுவுக்கு அயச்சத்து தேவைப்படுவதால், ஹீமாகுளோபின் குறைகிறது தவறான போஷாக்கு, இரைப்பை குடல் கோளாறுகள், மற்ற மண்டலங்களின் நோய்கள் ஆகியவற்றாலும் சோகை உண்டாகலாம். மேற்கூறியவற்றில், உணவிலிருந்து அயத்தை தன்மயமாக்குவது. குறைவாக உள்ளது.

போதிய போஷாக்கும், சிகிச்சையும், ஹீமோகுளோபின் அளவை அதிகரிக்கிறது. புதிய காய்கறிகள், பழங்கள், கல்லீரல், வைட்டமின்கள், அயச்சத்துப் பொருட்கள் ஆகியவற்றை நிறைய உணவில் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

இரைப்பை—குடல் கோளாறுகளும், மற்ற மண்டல வியாதிகளும் கொண்ட நோயாளிகளுக்கு உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் கொடூர சோகை, அதிகரித்துக் கொண்டே வரும் ஒரு வியாதியாகும். ஆகவே செயற்கை முறையில் கருச்சதைவு செய்வது மிக அவசியமாகும்.

ல்யூகிமியா நோயாளிகள் கர்ப்பம் தரித்தால், பிரசவத்தின் போதோ, அல்லது பிரசவ பின் காலத்திலோ, குருதிப்பெருக்கால் மரணமடைவர். ல்யூகி

மியாவை நிர்ணயம் செய்ய, இரத்தத்தை முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

சிறுநீரக மண்டலத்தின் சீர்கேடுகள். கர்ப்பத்தின் மிக மோசமான சிக்கல் **சிறுநீரக அழற்சியாகும்.** டான்சில் அழற்சி மற்றும் பல தொற்றும் நோய்களின் விளைவாக, கர்ப்பத்தில், ஒரு தீவிர நோய் உண்டாகிறது. சிறுநீரக அழற்சியில், தானாகவே கரு சதைவடைகிறது. கர்ப்பத்தின் போது, தீவிர மற்றும் நாட்பட்ட சிறுநீரக அழற்சி மோசமடைகிறது. ஆகவே இந்த நோயில் கருச்சதைவு செய்வது அவசியமாகிறது.

சிறுநீரக கூபக அழற்சி. இது கர்ப்பத்தின் போது உணடாகிறது. சிறுநீர் குழாயின் மந்த நிலையும், மூத்திரத் தேக்கமும், இந்நோயை ஊக்குவிக்கின்றன. சிறகுடலிலிருந்து, அபூர்வமாக சிறுநீர் பையிலிருந்து (ஏறுகிற வழி), நோய் தொற்று, நிணமண்டலத்தை ஊடுருவுகிறது. கூபக சிறுநீரக அழற்சிக்குக் காரணி, பெரும்பாலும் ஈகோலை யாகும்

கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில், குறிப்பாக பல மகவை ஈன்று பெண்களில், கூபக சிறுநீரக அழற்சி தோன்றுகிறது. அறிகுறிகள் துரிதமாகத் தோன்றுவதைத் தொடர்ந்து நோய் துவங்குகிறது; அபூர்வமாக நோய் படிப்படியாகவும் தோன்றுகிறது. உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. (இத்துடன் குளிர் நடுக்கமும் தோன்றுகிறது) கீழ்முதுகு வலி தோன்றி, பொது உடல் நலம் சீர்கேடடைகிறது. சிறுநீரில் பல வெள்ளணுக்களும், சிறுநீரக கூபகத்தின் எபிதீலிய செல்களும், பாக்டீரியாக்களும் காணப்படுகின்றன. கீழ்முதுகுப் பக்கத்தில் இலேசாகக் குத்துவதன் மூலம் சிறுநீரக கூபக அழற்சியைக் கண்டு பிடிக்கலாம். (குத்தும் போது வலி தோன்றினால், பாஸ்டர் நாட்ஸ்கியின் சோதனை நேர்மறை (பாசிடின்) எனக் கொள் வேண்டும்.)

கூபக அழற்சி, தாய் மீதும், சேய் மீதும் எந்தவித பாதிரிபையும் விளைவிக்காமல், சீரடைய முடியும். சில அபூர்வமான கேசுகளில் மட்டுமே, கருச்சதைவு அவசியமாகிறது. பால், காய்கறி உணவு, கீழ்முதுகுப் பகுதிக்கு ஒத்தடம், தசை ஊசியாக ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன், கானாமைன், மற்றும் பல எதிர் உயிர் மருந்துகள் ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன.

சிறுநீர்பை அழற்சி, கர்ப்பத்தின் போது ஏற்படக் கூடும். வளரும் கருப்பையோ, உதயமாகும் தலையோ, சிறுநீர்பை சுவர்களின் வீக்கமோ, சிறுநிர்பையை அழுத்துவதால் இந்த நோய் உண்டாகிறது. சிறுநீர் புற வழியாக, குறிப்பாக உட்குழல் செலுத்தும் போது, நோய் பாதிப்பு, சிறுநீர் பையை அடையலாம். மூத்திரம் அடிக்கடி வெளிப்படுகிறது. ஒண்ணுக்குப் போகும் போது வலி உண்டாகிறது; உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது.

மூத்திரம் அமில நிலையில் இருந்தால் பினைல்சலிசிலேட்டும், கார நிலையில் இருந்தால் யூரோட்ரோபினும் கொடுக்கப்படுகிறது. சல்ஃபா—மருந்துகள், எதிர் உயிர் ஊசி மருந்துகள், பால் காய்கறி உணவு ஆகியவையும் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

குடல்வால் அழற்சி. கர்ப்பத்தின் போது தீவிர குடல்வால் அழற்சி தோன்றலாம் அல்லது நாட்ப்பட்ட குடல்வால் அழற்சி மோசமடையலாம். இந்த நோயின் சிக்கலாக பெரிடோனிய அழற்சி தோன்றலாம். கடைச்சிறுகுடலும் வெர்மிபார்ம் குடல்வாலும், கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் வளரும் கருப்பையால் தூக்கப்படுகிறது. இந்த இடப்பெயர்வு அழற்சி ஊடுருவலை ஊக்கு

வித்து, நாட்ப்பட்ட நிலையில் உள்ள பிளவுகளை பின்னப்படுத்துகிறது. தானாக நிகழும் கருச்சதைவுக்கு, குடல் வாழ் அழற்சி ஒரு காரணமாக அமைகிறது. கர்ப்பப் பெண்களில், நோயின் முன்கணிப்பு பாதகமாகிறது.

கர்ப்பத்தின்போது, குடல்வால் அழற்சிக்கு சிகிச்சை அறுவை முறையாகும். நோய் நிர்ணயம் ஆனவுடன், நோயாளியை அறுவை சிகிச்சைக்கு உட்படுத்த வேண்டும். குடல்வால் அழற்சியின் அறிகுறிகள் தெளிவாக இருந்தால் (வயிற்றின் வலது பகுதியில் வலி, ஷ்செட்கின் பிளம்பர்க் அறிகுறி, குமட்டம் இன்னபிற) நோயாளியை உடனேயே மருத்துவமனைக்கு இட்டுச் செல்ல வேண்டும்.

நரம்பு மண்டலத்தின் கோளாறுகள். நிலையற்ற நரம்பு மண்டலத்தைக் கொண்ட பெண்களில், கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்தின் போதும் உள நோய் அடிக்கடி தோன்றுகிறது. கர்ப்பத்தின் போதான உளநோய், சோர்வு நிலையாகவே இருக்கிறது. பிரசவபின் கால உளநோய், கிளர்த்தல் நிலையில் இருக்கிறது. பெண்ணை மருத்துவமனையில் சேர்த்து உரிய சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இந்த நோயின் அறிகுறிகளை, கர்ப்பிணிகளிலும், பிரசவித்த பெண்களிலும் அடியோடு அகற்ற வேண்டும்.

முப்பிரிவு நரம்பு மற்றும் சயாடிக் நரம்பு, விலா இடை நரம்பு ஆகியவற்றில், கர்ப்பத்தின் போது, வலி தோன்றுகிறது.

நரம்பு அழற்சி, பல நரம்புழற்சி ஆகியவை, கர்ப்ப காலத்தில் அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது.

காக்கா வலிப்பு உள்ள பெண், கர்ப்பமடையலாம். பொதுவாக நோயின் போக்கு துரிதமடைகிறது. ஆனால் சில போது, கர்ப்பம் துவங்கியவுடன் வலிப்புத் தாக்குதல்களின் எண்ணிக்கை குறைகிறது. நோயாளியின் நிலை மோசமடைந்தால், செயற்கை முறையில் கருச்சிதைவு அவசியமாகிறது. காக்கா வலிப்புத் தாக்குதல்கள், எக்ளாம்ப்சியா வலிப்புகளிலிருந்து மாறுபடுகிறது. காக்கா வலிப்புத் தாக்குதலின் போது இரத்த அழுத்தத்தில் மாற்றமில்லை; கால் வீக்கம் இல்லை. சிறுநீரில் அல்புமின் இல்லை. கடந்த கால வரலாற்றை ஆராயும் போது, இது போன்ற வலிப்புகள் கர்ப்பத்தின் முன்பே இருந்தது தெரிய வருகிறது.

கொரியா ஒரு அபூர்வமான வியாதியாகும். சில நோயாளிகளில், குழந்தைப் பருவத்தில் தோன்றுகிறது; மற்றும் சிலரில், கர்ப்பத்தின் போது தோன்றுகிறது. உடலின் எல்லாத் தசைகளும் இடைவிடாது குலுக்கி துடித்துக் கொண்டே இருக்கின்றன. இரவில் கூட இந்த தசைக் குலுக்கல்கள் நிற்பதில்லை. உடல் வெப்பமும் அதிகரிக்கிறது; நாடித்துடிப்பு மிகையாக இருக்கிறது. உளஞ்சார்ந்த கோளாறுகளும் காணப்படுகின்றன. தானாக நிகழும் கருசிதைவுக்கு, கொரியா, ஒரு காரணமாக இருக்கிறது.

தூக்க மருந்துகள் கொண்டு கொரியாவுக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. நோயாளியின் பொது உடல் நிலையை ஊக்குவிக்கும் மருந்துகளும் தரப்பட வேண்டும். சிகிச்சை பலனளிக்காவிடில் செயற்கை முறையில் கர்ப்பத்தை கலைத்து விட வேண்டும்.

நாளமில் சுரப்பிகளின் சீர்கேடுகள். நாளமில் சுரரிபி மண்டல நோய்களில் மாதவிடாய், மற்றும் இனப்பெருக்கப் பணிகள் சீர்குலைகின்றன. நாளமில் சுரப்பி நோய் கொண்ட பெண் கர்ப்பமடையலாம்; கர்ப்பம் பொதுவாக, அவ

ளது நிலையை சீர்குலைக்கிறது. ஆபூர்வ கேசுகளில், அவளது நிலையில் முன் னேற்றமும் காணப்படலாம்.

தையராய்டு சுரப்பி நோய்கள். (தைராய்டு மிகை சுரப்பு நிலை; தைராய்டு குறை சுரப்பு நிலை.) கர்ப்பத்தின் போது தைராய்டு நோய்கள் மோசமடைகின்றன. சில நோயாளிகளில், பேஸ்டோ வியாதியின் அறிகுறிகள், கர்ப்பத்தின் போது, மட்டுப்படுகின்றன.

தைராய்டு சுரப்பிக் கோளாறில், முன்னேற்றம் இருந்தால் தவிர, கர்ப்பம் கலைக்கப்பட வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் போது, நீரிழிவு நோய் அபூர்வமல்ல. கர்ப்பத்தின் போது, இந்நோய் மோசமடைகிறது. முழுமையான உணர்விழப்பு தோன்றலாம். ஏனெனில் தாய்க்கும் சேய்க்கும் இன்சுலின் அதிகமாகத் தேவைப்படுகிறது; நீரிழிவு நோயின் இன்சுலின் குறைந்தே இருக்கிறது. முகுநீர் பனிக்குடமும், நச்சு நிலையும், நீரிழிவு நோயின் போது உண்டாகிறது. சிசுமிகப் பெரிதாக, அரக்கன் போன்று இருக்கலாம். இத்துடனேயே மூச்சுத்திணறல், சோகை, சீர்குலைந்த வளர் சிதை மாற்றம் ஆகியவையும் காணப்படுகின்றன. ஆனால் நோயும் குறைவாக இருந்து, உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், கர்ப்பம் நல்ல நிலையில் நீடிக்கும்.

நீரிழிவு நோய் கொண்ட கர்ப்பிணிகள், மாவுப்பொருட்கள் இல்லாத உணவை உட்கொள்ள வேண்டும்; இன்சுலினும்; வைட்டமின்களும் தரப்படுகின்றன. நோயாளி டாக்டரின் (மகப்பேறு நிபுணர், மகளிர் நோய் நிபுணர், சிகிச்சையாளர்.) கண்காணிப்பில் இருக்க வேண்டும்.

பிறப்புறுப்பு நோய்களும், விகார வளர்ச்சியும், கொண்ட நோயாளிகளில் கர்ப்பம்

பெண் பிறப்புறுப்பின் அசாதாரண விகார வளர்ச்சி:

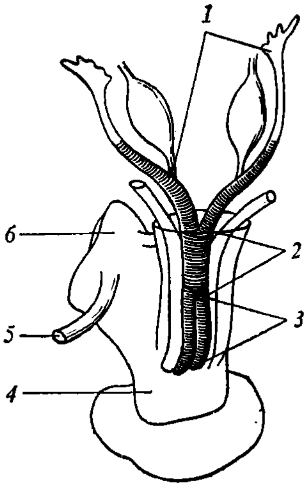
இவையாவன:

1) பிறப்பிறுப்பின், உடற்கூறு சேர்ந்த விகாரம்: ஏ.கா. இரட்டை உறுப்புக்கள். (இரட்டைக் கருப்பை அல்லது யோனி, கருப்பையின், யோனியின் துளையற்ற நிலை.)

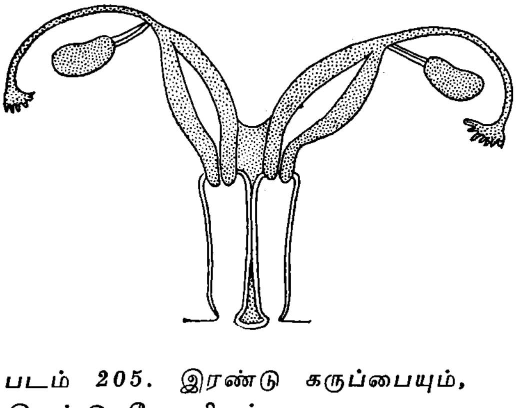
2) பிறப்புறுப்புக்களின் குறைவளர்ச் பிறப்புறுப்புக்களின் அசாதாரண விகாரங்களின் போது மாதவிடாயும், இனப் பெருக்கப் பணியும் பாதிக்கப்பட்ட நிலையில் உள்ளன. ஒரு சில விகார வளர்ச்சி கொண்ட பெண்கள், கருத்தரித்து பிரசவிக்கவும் செய்யலாம்.

பிறப்புறுப்புக்களின் குறை வளர்ச்சி. இந்நோய் நிலையில் பூப்பு ரோமம் குறைந்தே உள்ளது; உள்ளிழுக்கப்பட்ட விடபம், குறுகலான குட்டையான யோனி, குறுகலான கூம்பு வடிவ கழத்து, சிறிய கருப்பை உடல் (சில போது கழுத்தை விட குட்டையாக இருக்கிறது); கருப்பை உடலுக்கும் கழுத்துக்கும் இடையேயான நெருக்கமான கோணம், இன்னபிற. மாதவிடாய், காலந்தாழ்த்தியே தோன்றுகிறது; மாதவிடாயும் ஒரே சீராக இல்லை (குறைந்த அளவில் மாதவிடாய், அல்லது மிகையான, நீண்டமாலம் நீடிக்கும் மாதவிடாய்.) மலட்டுத்தன்மையும் காணப்படுகிறது. தானாக நிகழும் கருச்சிதைவுடனோ, குறைமாதப் பிரசவத்துடனோ, கர்ப்பம் முடிவுறுகிறது. பெண் நிறை மாதத்தில் பிரசவித்தால், கருப்பையின் மந்தத்தால் சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன; (கருப்பைத் தசைகளின்

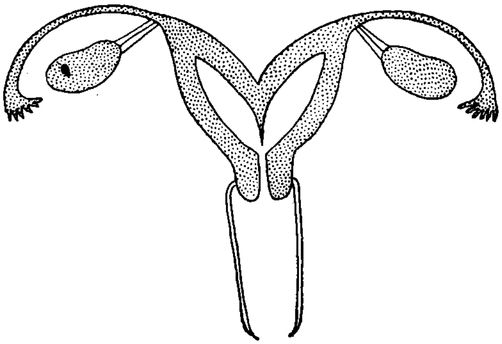
குறைவளர்ச்சியால்) பிரசவத்தின் துவக்கத்திலோ, அல்லது வெளியேற்று கட்டத்திலோ கருப்பையின் மந்த நிலை துவங்குகிறது. பிரசவத்தின் நச்சு வெளியேறு கட்டத்தில், குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருக்கிறது. பிரசவப்பின்



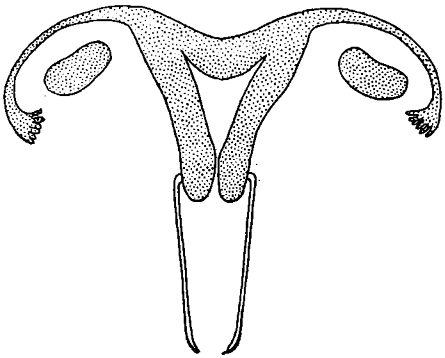
படம் 204. சிசுக்கருவில், முல்லீரியன் நாளங்களிலிருந்து கருப்பை, கருவகக் குழல்கள், யோனி உருவாகின்றன.
1) கருவகக் குழல்கள் 2) கருப்பை 3) யோனி 4) சிறுநீர் பாலுறுப்பு புரை 5) சிறுநீர் குழல் 6) சிறுநீர் பை



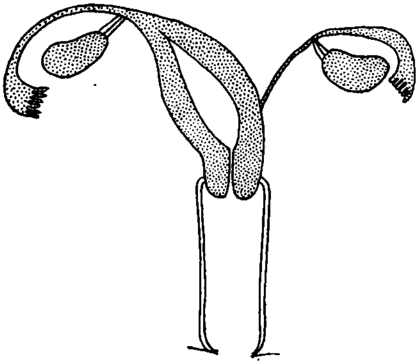
படம் 205. இரண்டு கருப்பையும், இரண்டு யோனியும்



படம் 206. இரண்டு கருப்பைக் கொம்புகள்



படம் 207. வில்போன்ற (குழிந்த) கருப்பை



படம் 208. ஒரு கொம்பு கருப்பை (இரண்டாவது கொம்பு வளர்ச்சியடையாது இருக்கிறது)

கட்டத்தில் கருப்பையின் உட்சுருள்வு மெதுவாக நடைபெறுகிறது.

இரட்டை கருப்பையும் யோனியும். கருப்பையுள் சிசுவின் வளர்ச்சியின் துவக்கத்தில் கருப்பையும், யோனியும் உருவாகின்றன. இரண்டு முல்லீரியன் நாளங்களிலிருந்து, இவை உருவாகின்றன. அவை, நடுப்பகுதியிலும் கீழ்ப்பகுதியிலும் இணைந்துள்ளன. இணைந்துள்ள மத்திய பகுதியிலிருந்து கருப்பையும், கீழ்ப்பகுதியிலிருந்து யோனியும் உண்டாகின்றன. இணையாத மேற்பகுதியிலிருந்து கருவகக் குழல்கள் உருவாகின்றன. (படம் 204)

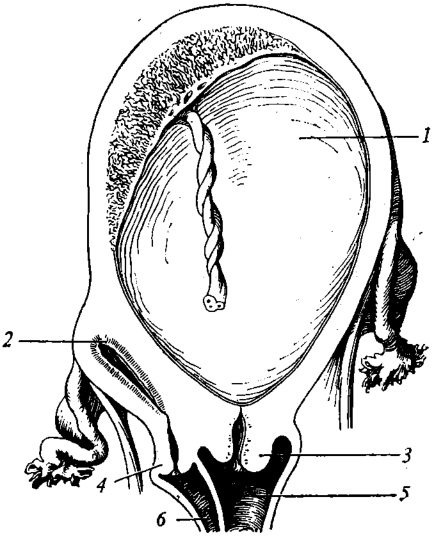
முல்லீரியன் நாளங்கள் இணையும் கட்டத்தில் கோளாறுகள் ஏற்பட்டால், கருப்பை,யோனி உருவாவதில் விகாரங்கள் தோன்றுகின்றன.

இரட்டை கருப்பை, அமைப்பில் வேறுபடுகிறது. இரண்டு கருப்பைகளும் இரு யோனிகளும் இருக்கலாம். (படம் 205) இரண்டு கருப்பை உடல்களும் இணைந்து ஒரு கழுத்துடன் இருக்கிறது. (படம் 206) கருப்பையின் கூரை குழிந்து இருக்கலாம். (யூடரஸ் ஆர்குவேடஸ்) (படம் 207) கருப்பைக் குழிவினுள் பிரிதிரை இருக்கவோ இல்லாமலோ இருக்கலாம். யோனியினுள் ஒரு பிரிதிரை உருவாகலாம். சிலபோது ஒரு கொம்பு மட்டுமே உண்டாகி இருக்கலாம். (ஒருகொம்பு கருப்பை) மற்றது வளர்ச்சியடையாது இருக்கலாம்.(படம் 208)

கருப்பை, இரட்டையாக இருப்பது, கருத்தரிக்க தடையாக இருப்பதில்லை. கருப்பைரிக்க தடையாக இருப்பதில்லை. கருப்பையின் ஒரு பகுதியில் தான் கர்ப்பம் உண்டாகிறது. (அபூர்வ கேசுகளில் இரண்டு பகுதிகளிலும்) கர்ப்பமடையாத இரண்டாவது கருப்பை குறைந்த அளவில் விரிந்து, மெல்லியதாகிறது. எண்டோமெட்ரியத்தில் உதிர்படல பிரதிவினை நிகழ்கிறது. (படம் 209) இரட்டை கருப்பையுடைய பெண் கருத்தரித்தால், தானாகவே கருச்சிதைவு நிகழ்கிறது; பிரசவத்தின் போது கருப்பை மந்த நிலை உண்டாகிறது. நச்சுக்கோடிக் கட்டத்திலும், பிரசவபின் காலத்திலும் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது.

கருப்பை, குறைவளர்ச்சியுடன் இல்லாமலிருந்தால், அல்லது குறை வளர்ச்சி குறைவாகவே இருந்தால் கர்ப்பம் சகஜ நிலையில் முடிவடைகிறது.

குழிந்த (வின் போன்ற) கருப்பையில் குறுக்கு அல்லது சாய்ந்த உதயங்கள் காணப்படுகின்றன. ஆனால் கர்ப்பமும்

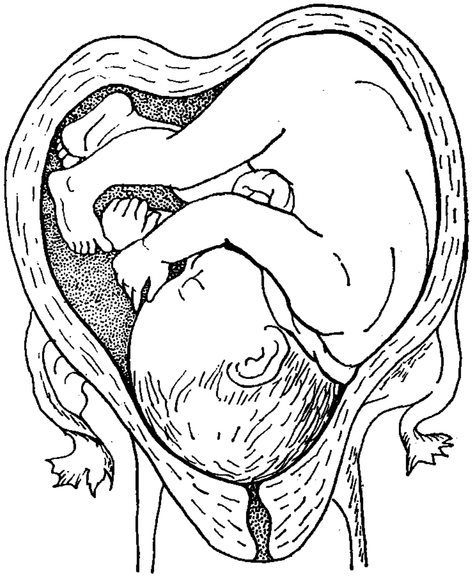


படம் 209. கர்ப்பமடைந்த இரட்டை கருப்பை.

1) கர்ப்பமடைந்த கருப்பை 2) கர்ப்பமடையாத கருப்பை 3) கருப்பையின் கழுத்து 4) கர்ப்பமடையாத கருப்பையின் கழுத்து 5) இடதுயோனி 6) வலது யோனி

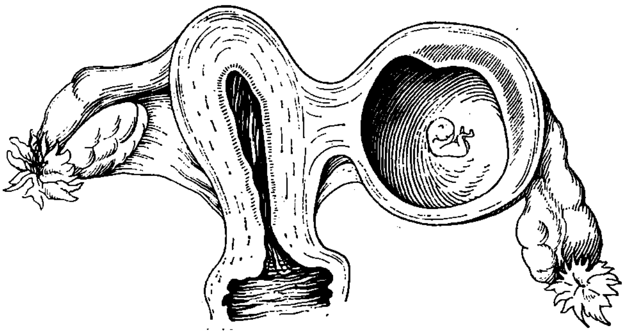
பிரசவமும் சகஜநிலையிலேயே உள்ளன. (படம் 210)

வளர்ச்சியடையாத கருப்பைக் கொம்பில், மிகவும் அபூர்வமாக கர்ப்பம் உண்டாகிறது. இது, நன்கு வளர்ச்சியடைந்த கருப்பைக் கொம்புடன், ஒரு குறுகிய கால்வாய் மூலம் தொடர்பு கொண்டுள்ளது. வளர்ச்சியடையாத கொம்பில் கர்ப்பம் உண்டாகி, கருப்பையுடன் தொடர்பு இல்லாமல் இருந்த கேசுகளும் உள்ளன. (படம் 211) வயிற்றுக் குழிவு வழியாகவும், கருவகக் குழல் வழியாகவும் சகஜ வளர்ச்சியடைந்த ஒன்றிலிருந்து, விந்தணு, தனிமையான கருப்பையைத் துளைக்கிறது. இங்கிருந்து வளர்ச்சியடையாத கொம்பின் கருவகக் குழலையடைகின்றது. இங்கு முட்டை பொலிவுறுகிறது. பொலிவுற்ற முட்டை, வளர்ச்சியடையாத கொம்பை அடைந்து அங்கு பொதிந்து விடுகிறது. வளர்ச்சியடையாத கொம்பின் சுவர்கள், குறைவளர்ச்சியடைந்தள்ளன. கோரியானிக் விரலிகள், எண்டோமெட்ரியத்தை ஊடுருவி வளர்ச்சி அடைகின்றன. மையோமெட்ரியம் ஊடுருவப்படுகிறது. வளர்ச்சியடையாத கொம்பு கிழிவதுடன் கருப்பைச் சுவரும் சிதைகிறது. இதனால் வயிற்றுக் குழிவினுள் குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டு, அதிர்ச்சியும் உண்டாகிறது.



படம் 210. குழிந்த (வில்போன்ற) கருப்பை (கர்ப்ப நிலையில்)

வளர்ச்சியடையாத கொம்பு கிழிபட்டதற்கான அறிகுறிகள், வேற்றிட கருப்பை போன்று இருக்கும். உடனடியாக வயிற்றுத் திறப்பு அறுவை செய்து, வளர்ச்சியடையாத கொம்பை அகற்றுவது மிகவும் அவசியமா



படம் 211. வளர்ச்சியடையாத கொம்பில் சிசு வளர்ச்சியடைகிறது.

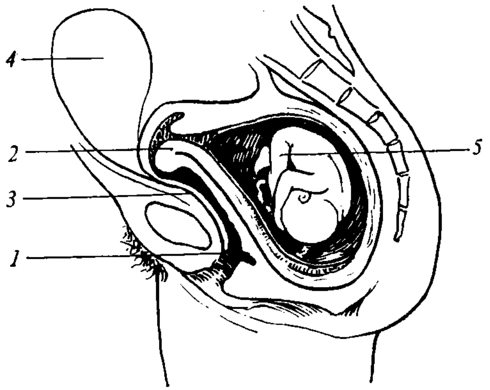
கும். அபூர்வமான கேசுகளில், வளர்ச்சியடையாத கொம்பில் கர்ப்பம், வளர்ச்சியடைகிறது. அதில் ஆபத்து நிறைய உள்ளது. ஏனெனில் தானாக வான பிரசவம் நடக்க முடியாத ஒன்றாகும். வயிற்று திறப்பு அறுவை செய்து, சிசுவையும், வளர்ச்சியடையாத கொம்பையும் அகற்றுவதன் மூலம், பெண்ணின் உயிரைக் காப்பாற்றலாம்.

பயானியின் பிரிதிரைகள் விரிவடைந்திருந்தாலும், பிரசவத்தில் தலையிடுவதில்லை. எனினும் பிரதிரையால், உதயமாகும் பகுதியின் முன்னேற்றத்திற்கு இடையூறு இருந்தால், அதை அகற்றிவிட வேண்டும்.

கருப்பையின் அசாதாரண நிலை, மலட்டுத்தனத்திற்கு காரணமாக அமையலாம். பிதுக்கமடைந்த கருப்பையிலும், கருப்பையின் பின் வளைவிலும், பின் சுற்றலிலும், கர்ப்பம் உண்டாகிறது.

பிதுக்கமடைந்த கருப்பை பொண்ட பெண்கள் கர்ப்பமடைந்தால், அவர்களுடைய நிலையில் தற்காலீக முன்னேற்றம் ஏற்படுகிறது. கருப்பை, பெரிதாகி, சிறிய கூபகத்திற்கு மேலாக இருந்தால் பிதுக்கம் சீரடைகிறது. ஆனால், பிரசவத்தின் பின், மீண்டும் பிதுக்கமடைகிறது.

கருப்பையின் அசாதாரண இடப்பெயர்வுகளில், பின்வளைவைப் பற்றித் தனியாகக் குறிப்பிட வேண்டும். கருப்பை, பின்புறமாக வளையும் போது, அதன் இயக்கம் பாதிக்கப்படுவதில்லை. ஆனால் சில கேசுகளில், அழற்சி நிகழ்வுகளின் விளைவாக தோன்றிய பிணைப்புகளால், இயக்கம் பாதிக்கப்படுகிறது. இயங்கக்கூடிய பின் வளைவு, சகஜமான கர்ப்பத்திற்கு இடையூறாக இருப்பதில்லை. கர்ப்பத்தின் 4வது மாதத்தில், கர்ப்பமடைந்த கருப்பை, சிறிய கூபகத்தின் மேலாக இருக்கிறது. இத



படம் 212. பின்னோக்கி வளைந்த கர்ப்பமடைந்த கருப்பை சிறிய கூபகத்தில் நெறிக்கப்படுதல். 1) யோனி 2) கழுத்து 3) சிறுநீர் புறவழி 4) நிறைந்துள்ள சிறுநீர் பை 5) நெறிக்கப்பட்ட கருப்பை

னால் பின் வளைவு சீரடைகிறது. கருப்பையின் பின்வளைவு நிலையாக இருந்துவிட்டால், கர்ப்பம், இணைப்பை மெல்லியதாக்குகிறது; கர்ப்பம் சகஜமாக தொடர்கிறது. இணைப்புகள் வலுவுடன் இருந்தால், கருப்பை, நகர முடியாதபடி அருகேயுள்ள உறுப்புக்களுடனும், பின்புற டக்ளஸ் பையின் பெரிடோனியற்றுடனும், இணைந்துள்ளது. வளரும் கருப்பை, சிறிய கூபகத்திலேயே இருக்கிறது. சிறுநீர் பையுடனும், மலக்குடலுடனும் அதன் மோதல், நாளடைவில் அதிகரிக்கிறது. கர்ப்பிணிக்கு சிறுநீர் கோளாறுகளும், மலச்சிக்கலும் உண்டாகின்றன. வயிற்றுவலியும் தோன்றுகிறது. மூத்திரம், அடியோடு வெளிப்படுவதில்லை. அசையாத கருப்பை நெறிக்கப்பட்டால் (படம் 212) தானாகவான கருச்சிதைவு நிகழ்கிறது. தவறிய கருச்சிதைவில், அறுவைத் தலையீடு தேவைப்படுகிறது செயற்கை முறை கருச்சிதைவு தவிர்க்கப்பட முடியாதது என்பதற்கான

ஆபத்தான அறிகுறிகள் எதுவும் இல்லையெனில், பெண்ணுக்கு உணர்வு நீக்கம் செய்து கர்ப்பகமடைந்த கருப்பையின் நிலையை மாற்ற டாக்டர் முயற்சிக்கலாம்.

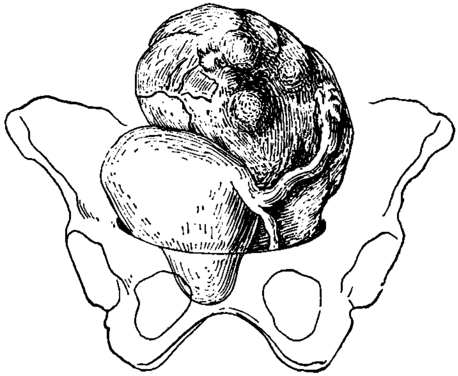
நெறிக்கப்பட்ட கருப்பையுடன் உள்ள கர்ப்பிணியை, உடனடியாக மருத்துவமனையில் அனுமதிப்பது நல்லது.

பிறப்புறுப்புக்கன் புதிய வளர்ச்சிகள், கருத்தரிப்புக்கு இடையூறாக இருப்பதில்லை, கட்டி, கருப்பைக் குழிவினுள் வளர்ந்தால் தான், ஃபைப்ரோமையோமா, மலட்டுத்தனத்திற்கு அல்லது கருச்சிதைவுக்குக் காரணமாக அமைகிறது. கட்டி, கருப்பைச் சுவரினுள்ளோ, அல்லது பெரிடோனியத்தின் அடியிலோ வளர்ச்சியடைந்தால், கர்ப்பம் நிறை மாதத்திற்குச் செல்ல முடியும், கருப்பை மந்தம், நச்சுக்கொடி கட்டத்திலும், பிரசவபின் கட்டத்திலும் குருதிப்பெருக்கு ஆகியவற்றுடன் பிரசவம் துவங்குகிறது. இத்தகைய நோயாளிகளில், இத்தகைய சிக்கல்கள் நேர்வதைத் தவிர்க்க, முன்காப்பு முறைகளைக் கையாளுவது மிகவும் அவசியம்.

மிகப்பெரிய கட்டிக்கணுக்கள், சிறிய கூபகத்திலோ, கூபக நுழைவாயிலிலோ இருந்தால் சகஜமான பிரசவத்திற்கு இடையூறாக இருக்கிறது. (படம் 213) சிசேரியன் அறுவை முறை அவசியமாகிறது. இந்தக் கணுக்கள் இருப்பது துவக்கத்திலேயே தெரிந்தால், அறுவை முறையால் அவற்றை அகற்றி விடலாம்.

சூலகங்களின் சிஸ்டோமா கொண்ட பெண்ணும் கர்ப்பமடைய முடியும். (படம் 214) காம்புகள் கொண்ட சிறிய, அசையக்கூடிய சிஸ்டோமாக்கள், கர்ப்பத்தின் வளர்ச்சியைத் தடை செய்வதில்லை. ஆனால் பெரிய அளவிலானவை, கருப்பையின் வளர்ச்சிக்கு இடையூறாக இருந்து, கருச்சிதைவை உண்டாக்கலாம். கர்ப்பமடைந்த கருப்பையின் மோதலால், சிஸ்டோமாவின் சுவர்களில் சிதைவு பாதிப்புகள் தோன்றலாம். சிறிய கூபகத்தில் நிரந்தரமாக உள்ள சிஸ்டோமா, பிறப்புப்பாதை வழியே சிசு வெளிப்படுவதற்கு இடைஞ்சலான இருக்கிறது. சிறிய அசையக்கூடி சியஸ்டோமாக்கள், குந்தகம் விளைவிப்பதில்லை. ஆனால் அதன் காம்புகள், பிர

படம் 213. கர்ப்பமடைந்த ஃபைப்ரோமையோமா கொண்ட கருப்பை.
சிறிய குபகத்தில் அமைந்துள்ள கணு, சிசு வெளிப்படத் தடையாக உள்ளது.



படம் 214. சூலகத்தின் சிஸ்டோமாவும் கூர்ப்ப நிலையும்

சவத்தின் பின்னர், வளைந்து, சிதைவையும் சீழ்நிலையையும் உண்டாக்கி, பெண்ணுக்கு ஆபத்தை விளைவிக்கிறது

வயிற்றுத்திறப்பு அறுவை மூலம் சிகிச்சை செய்து—கர்ப்பம் இருந்தபோதிலும்—கட்டிகளை அகற்ற வேண்டும். மிகவும் திறமையுடன் அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டால் கர்ப்பத்தைக் காப்பாற்றுவதுடன் அறுவைபின் காலமும் சிக்கலற்றதாக இருக்கும்.

கருப்பைக் கழுத்தின் புற்றுநோயின் போதும், ஒருவர் கர்ப்பமடையலாம். கர்ப்பத்தால் நோயில் போக்கு மோசமடைந்து, தீய புற்றுக்கட்டியாக மாறலாம். கட்டி துரிதமாக வளர்ச்சிஅடைந்து கருப்பைச் சுற்றிய இணைப்புத்திசு மற்றும் யோனி, சிசுநீர்ப்பை, மற்றும் பல உறுப்புக்களுக்குப் பரவுகிறது. எல்லா கர்ப்பிணிகளும் (மகளிர் நோயாளிகள் மட்டுமின்றி) உள்நோக்கி மூலம் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

கருப்பைக் கழுத்தின் புற்றுநோய்க்கு அறுவை சிகிச்சை பலனளிக்கிறது. கர்ப்பமடைந்த கருப்பை மற்றும் அதன் துணை உறுப்புக்கள், பாராமெட்ரியம், யோனியின் மேற்பகுதி ஆகியவை அகற்றப்பட்டு, பின்னர் எக்ஸ்கதிர் சிகிச்சையும் அளிக்கப்பட வேண்டும்.

கருச்சிதையும் குறைமாதப்பிரசவமும்.

கருச்சிதைவு

கர்ப்பம் துவங்கி 28 வாரங்களுக்கு முன்னர், கர்ப்பம் கலைந்து விட்டால், அது, கருச்சிதைவு எனப்படுகிறது. கர்ப்பம் துவங்கி 28 முதல் 39 வாரங்களுக்குள் கர்ப்பம் கலைந்து விட்டால், அது குறைமாதப்பிரசவம் எனப்படுகிறது.

28 வது வாரத்திற்கு முன்னர் பிறக்கும் சிசு, உயிருடன் இருப்பதில்லை. (சில அபூர்வ கேசுகள் தவிர) குறைமாதப்பிரசவத்தில் பிறந்த குழந்தை, உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால் (அதன் எடை 1000 கிராமாக இருந்தால் கூ, அதன் நீளம் 35 செ.மீ இருந்தால் கூட) உயிர் வாழ முடியும்.

14 வாரங்களில் கலையும் கர்ப்பம் முன்கூட்டிய கருச்சிதைவு எனப்படுகிறது. 14 வாரங்கள் முதல் 28 வாரங்களில் கர்ப்பம் கலைந்தால், அது, காலந்தாழ்த்திய கருச்சிதைவு எனப்படுகிறது.

நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சின் நியதிகளின்படி (1939), 28 வாரங்களுக்கு முன்னர் கர்ப்பம் கலைக்கப்பட்டு சிசு வெளிப்பட்டால், அது கருச்சிதைவு எனப்படுகிறது. சிசுவின் நீளம் 35 செ. மீ அதன் எடை 1000 கிராம், அல்லது அதற்கும் குறைவாக, இருக்கிறது. 28 வது வாரத்திற்கு முன்பே பிறந்து, மருத்துவமனையிலிருந்து தாய் விடுபடும் வரை உயிருடன் இருந்தால், கர்ப்பகலைவு, குறைமாதப்பிரசவம் எனப்படுகிறது. இங்கு குழந்தையின் எடையோ நீளமோ கணக்கிடப்படுவதில்லை. இக்குழந்தை, புதுப்பிறப்பு என நசிவு செய்யப்படுகிறது.

கருச்சிதைவுகள், செயற்கை முறை எனவும், தானாக நகழ்வது எனவும், பிரிக்கப்படுகின்றன. வெளிப்புறத் தலையீடு எதுவுமின்றியும், பெண்ணின் விருப்பத்திற்கு விரோதமாகவும் நிகழ்வதை தானாக நிகழும் கருச்சிதைவு என்கிறோம்.

மீண்டும் மீண்டும் நிகழும் கருச்சிதைவுகளை வழக்கமான கருச்சிதைவு என்கிறோம்.

வேண்டுமென்றே கர்ப்பத்தைக் கலைபதை, செயற்கை முறை கருச்சிதைவு என்கிறோம்.

தானாக நிகழும் கருச்சிதைவு

தானாக நிகழும் கருச்சிதைவுக்கான காரணங்கள் ஏராளம். டைபஸ், மற்றும் இன்புளுயென்சா, டாக்சோபிளாஸ் மோசிஸ், தொற்றும் கல்லீரல் அழற்சி, மலேரியா, சீதபேதி போன்ற தொற்றும் நோய்கள் காரணமாக இருக்கலாம் நச்சு நிலை, காய்ச்சல் ஆகியவற்றுடன் கூடிய நிமேனியா மற்றும் பளூரா அழற்சி, குடல்வால் அழற்சி போன்றவைகளிலும் கலைந்து விடுகிறது. மேக

நோயும் மற்றுமொரு காரணமாகும்.

கருச்சிதைவுக்கான பொதுவான காரணங்கள் வருமாறு:

பிறப்புறுப்புக்களின் குறைவளர்ச்சி (மழலியம்); கருப்பையின் நாட்பட்ட அழற்சி வியாதிகள் (மெட்ரிய, எண்டோமெட்ரிய அழற்சி); கடந்த காலத்தில் நடந்த அறுவை முறையாலும், கருச்சிதைவாலும், இடுக்கு மற்றும் உட்துவாரம் ஆகியவற்றின் வட்டத்தசைகளின் பாதிப்பு. அப்போது கழுத்தின் துவாரம் திறக்கிறது; கருப்பொருள், கருப்பையினுள் நிலைபெறுவதில்லை; நாளமில் சுரப்பி உறுப்புக்களின் பணி சீர் கெடும் போதும் (சூலகங்கள், அட்ரினல்கள், தைராய்டு, உட்சுரப்புக்கான இதர சுரப்பிகள்) கருச்சிதைவு, தானாகவே உண்டாகிறது.

பிறப்பு உறுப்புக்களின் மழலியம் அல்லது கடந்து காலத்தில் செயற்கை முறை கருச்சிதைவு, பிறப்புறுப்புக்களின் அழற்சி வியாதிகள், மற்றும் பல நோயூக்கும் நிகழ்வுகள் ஆகியவற்றுடன் இணைந்த சூலககுறைபணியாலும் மீண்டும் மீண்டும் கருச்சிதைவுகள் உண்டாகின்றன. பல்வேறு அட்ரினல் சீர்கேடுகள், தைராய்டின் மிகை அல்லது குறை பணிகள், நீரிழிவு, மற்றும் பல நாளமில் சுரப்பி சீர்கேடுகளும், கருச்சிதைவின் காரணமாக இருக்கின்றன.

இரத்த சுழற்சி சீர்கேடுகளுடன் இணைந்த பல்வேறு இருதய வியாதிகளும், கருச்சிதைவைத் தூண்டலாம். உணவில் வைட்டமின்கள் இல்லாமையால் கருப்பையுள் சிசு மரித்து, கருச்சிதைவுண்டாகிறது. வைட்டமின்கள் ''ஈ'', ''சி'', :''ஏ'', ''பி'' ஆகியவற்றின் போதாமையும் ஆபத்தை விளைவிக்கிறது.

பல்வேறு காயங்கள் (ஊமைக்காயங்கள், எலும்பு முறிவுகள்) ஆகியவையும் கருச்சிதைவை—முன்னிணக்கமான அம்சமும் இருக்க வேண்டும்—உண்டாக்குகின்றன .(மழலியம், அழற்சி நோய்கள் முதலியன.) இதே போது, சுகாதாரமான பெண்கள், பெரிய காயங்கள் ஏற்ப்பட்ட பின்னரும் (ஊமைக்காயம், கூபக, கை, கால் எலும்புகளின் முறிவு). கருச்சிதையாமல் கர்ப்பமாகவே இருக்கின்றனர். வலுவான உணர்ச்சிவய உந்தல் (பெருந்துயரம், திகில்) ,நிலையற்ற நரம்பு மண்டலத்தைக் கொண்ட பெண்ணில் கருச்சிதைவை தூண்டலாம். பாதரசம் மற்றும் ஈயம், கார்பன் மானாக்சைடு, அல்கஹால், மார்ஃபின், மற்றும் பல நச்சுப்பொருட்களும் கருச்சிதைவை உண்டாக்கலாம். எக்ஸ்கதிர்களும், அது போன்ற கதிரியக்க வீச்சுகளும் கருச்சிதைவை உண்டாக்குகின்றன.

கருச்சிதைவின் போது, கருப்பையிலிருந்து, கருப்பொருள் படிப்படியாக பிரிகிறது. உதிர்படலத்தின் இரத்த நாளங்கள் உடைந்து படுகின்றன. பிரிக்கப்பட்ட கரு, சிதைந்து விடுகிறது. அது, இரத்தத்தால் சூழப்படுகிறது. கருப்பையில் சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன; கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாய் விரிவடைகிறது. கருப்பொருள், ஒரே சுருக்கத்தாலோ அல்லது இரண்டாலோ, கருப்பையிலிருந்து வெளித்தள்ளப்படுகிறது. பெண்ணுக்கு வயிற்றில் வலி உண்டாகிறது. கருத்தரித்த காலத்தைப் பொறுத்து வலியும் இருக்கிறது. ஆகவே முன் கூட்டிய கருச்சிதைவில், வலி மிகையாக இல்லை அல்லது இல்லாமலேயே இருக்கிறது. கருச்சிதைவில் குருதிப்பெருக்கும், வலியும் காணப்படுகிறது. இவை, கருச்சிதைவின் கட்டத்தையும், கருத்தரித்த காலத்தையும் பொறுத்து இருக்கிறது. முன்கூட்டிய கருச்சிதைவில், பெரும்பாலான கேசுக

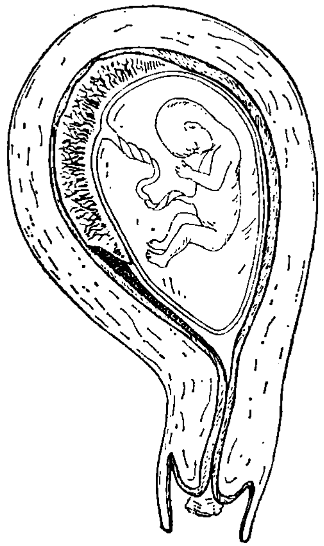
ளில் மிகையான குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிறது.

காலந்தாழ்த்திய கருச்சிதைவின் இயக்க நுட்பம், பிரசவத்தைப் போன்றே இருக்கிறது; கருப்பைக்கழுத்து மறைந்து விடுகிறது; நன்கு விரிவடைந்துள்ளது; பனிநீர் வெளிப்படுகிறது; சிசுவெளிப்படுகிறது; இதைத்தொடர்ந்து நச்சுக்கொடியும் வெளிப்படுகிறது. நச்சுக்கொடி பிரிவதும், வெளிப்படுவதும் அசாதாரணமாக இருந்தால், குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிறது.

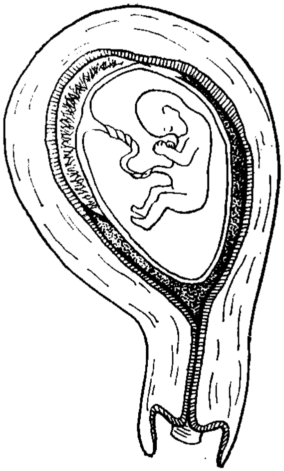
கருச்சிதைவில் கீழ்க்கண்ட கட்டங்கள், பிரித்தறியப்படுகின்றன:—1) அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவு. 2) உடனடியான கருச்சிதைவு (அபார்டஸ் இன்சிரியன்ஸ்) 3) தவிர்க்க முடியாத கருச்சிதைவு அல்லது நடந்து கொண்டிருக்கும் கருச்சிதைவு (அபார்டஸ் புரோக்ரிடியன்ஸ்) 4) அரை குறை கருச்சிதைவு. 5) முழுமையான கருச்சிதைவு.

அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவு. கருப்பொருள், எண்டோமெட்ரியத்துடன் ஒட்டியிருக்கிறது. சிறிய பகுதியில், கருப்பையில் இணைந்துள்ள பகுதி மட்டும் சிதைகிறது. (படம் 215) குருதிப்பெருக்கு இல்லை. இருந்தாலும் மிகக் குறைவாகவே இருக்கிறது. கருப்பைக் கழுத்து மூடியிருக்கிறது. கர்ப்பத்தின் வயதும், கருப்பையின் அளவு சரியாகவே இருக்கிறது. கர்ப்பிணிக்குக் கீழ்வயிற்றில் நலக்குறைவு காணப்படுகிறது; காலந்தாழ்த்திய கருச்சிதைவில் வலி, பிரசவத்தைப் போன்றே இருக்கிறது.

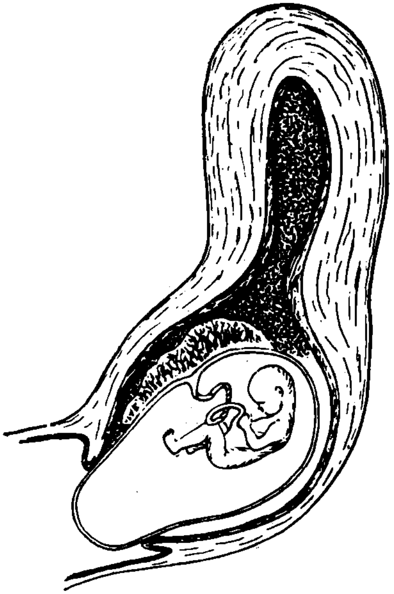
உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், கர்ப்பத்தைப் பாதுகாக்க முடிகிறது. இதற்குத் தேவை, பால்புணர்ச்சி இல்லாமல் இருப்பதே. இரண்டு, மூன்று வாரங்களுக்கு கிடை ஓய்வு. புரோஜெஸ்டிரான் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. (தினமும் 5—10 .கி. தசை ஊசியாக 10 நாட்களுக்கு) அவசியமிருந்தால் (மழலியம், சூலகத்தின் மந்தமாக பணி இருந்தால்) ஈஸ்ட்ரோஜன் குறைந்த அலகில் (ஈஸ்ட்ரோன், மைக்ரோலோலின், ஈஸ்ட்ரோடயால் டை புரோபியோனேட்) கொடுக்கப்படலாம். பாபவெரைன், உள்வைப்புக் குளிகைகள் (0.02—0.015கி) தினமும் ஒன்றிரண்டு வேளை, கையாளப்படலாம். பெல்லடோனா பிழிசாறு பயன்படுத்தப்படுவதில்லை; ஏனெனில், அது, கருப்பை விரிவடைவதைத் தூண்டுகிறது. வைட்டமின் ''ஈ'' யும், கொடுக்கப்படுகிறது. (ஒரு தேக்கரண்டி தினமும் 3—4 தடவைகள்). இரத்த உறைவு மருந்துகளை (எர்காட் மருந்துகள், பிட்யூடரின் முதலியன) பயன்படுத்தக் கூடாது. ஏனெனில் அவை, கருப்பைச் சுருக்கங்களை உருவாக்கி, கருப்பையிலிருந்து, கருப்பொருள் பிரியத்தூண்டுகிறது. யோனிக்குள் நீர் செலுத்துதல், வயிற்றுக்கு சுடு தண்ணீர் அல்லது குளிர்ந்த தண்ணீர் பையை வைத்தல் ஆகியவை, அதே



படம் 215. அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவு.



படம் 216. உடனடியான கருச்சிதைவு



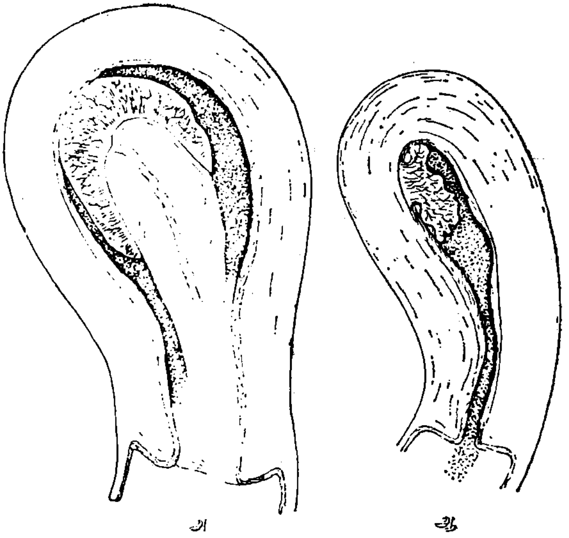
படம் 217. தவிர்க்க முடியாத கருச்சிதைவு (கருச்சிதைவு துவங்கிவிட்டது).

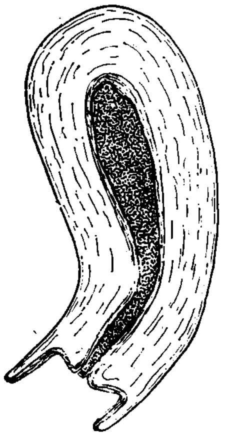
காரணத்திற்காக, தவிர்க்கப்படுகின்றன.

உடனடியான (தொடங்குகிற) கருச்சிதைவு. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் வலுவாக இல்லை. குருதிப்பெருக்கும் மிகையாக இல்லை. அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவை விட இங்கு குருதிப்பெருக்கு அதிகமாக இருக்கிறது. கருப்பொருள், கருப்பையின் சிறிய பகுதி மேல், பிரிந்திருக்கிறது. (படம் 216) ஆனால் இன்னமும் கருப்பையினுள்ளேயே இருக்கிறது. ஆகவே கருவின் வயதிற்கேற்ப கருப்பையின் அளவும் இருக்கிறது. கருப்பைக்கழுத்து உட்கால்வாய் மூடியே இருக்கிறது அல்லது குறைந்த அளவே திறந்திருக்கிறது. உடனடியான கருச்சிதைவைத் தவிர்க்க அவன செய்ய வேண்டும். அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவைப் போன்றே, இதற்கு சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். மிகையாக குருதிவெளிபட்டு கருச்சிதைவு அடுத்த கட்டத்திற்குச் சென்றால், கருப்பொருள், கருப்பையிலிருந்து வெளியேற்றப்படுகிறது.

தவிர்க்க முடியாத கருச்சிதைவு. இங்கு குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருக்கிறது. இதன் போது, விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாய் வழியாக, கருப்பொருள் வெளியேற்றப்படுகிறது (படம் 217). கருப்பைக்கழுத்து விரிவடைந்திருப்பதும், சிசுவின் கீழ்ப் பகுதி யோனிக்குள் துருத்திக் கொண்டிருப்பதும், யோனிப்பரிசோதனை மூலம் தெரிய வருகிறது. தவிர்க்க முடியாத கருச்சிதைவு, குறிப்பாக முன்கூட்டியான ஒன்று, அறுவை மூலம், பிரிந்த முட்டையை அகற்றுவதே சிகிச்சையாகும். காலந்தாழ்த்திய கருச்சிதைவாக இருந்தால் ,சிசு தானாகவே வெளிப்பட அனுமதிக்க வேண்டும். எனினும் குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருந்தால், பனிக்குடத்தை உடைக்க வேண்டும். சிசு வெளிப்பட்டவுடன், நச்சுக்கொடியை கை கொண்டு அகற்ற வேண்டும் அல்லது கருவிகள் கொண்டு அகற்ற வேண்டும்.

அரைகுறை கருச்சிதைவு: கருப்பொ





படம் 218. அரைகுறை கருச்சிதைவு.
அ) எல்லாப்படலங்களும் கருப்பையினுள் தங்கி விடுகின்றன.
ஆ) கருவின் சில பொருட்கள் கருப்பையில் தங்கி விடுகின்றன.

படம் 219. முழுமையான கருச்சிதைவு.

ருளின் ஒரு பகுதி மட்டும் வெளிப்பட்டு எஞ்சிய பகுதி கருப்பையினுள் இருந்தால், இதை அரைகுறைக் கருச்சிதைவு எனக்கருத வேண்டும். கோரியான், அம்னியான், உதிர்படலம் அல்லது நச்சுக் கொடி அல்லது அதன் பகுதிகள் ஏதாவதொன்று, கரு பையினுள் தங்கி விடுகிறது. (படம் 218) அரைகுறை கருச்சிதைவில், குருதிப்பெருக்கு காணப்படுகிறது. குருதிப்பெருக்கு நீடித்து இருக்கலாம். ஓரளவாக இருக்கலாம் அல்லது மிகையாக இருக்கலாம். குருதிக்கட்டிகள், தங்கிய படலங்களின் பகுதிகள், இரத்தத்துடன் வெளிப்படலாம். கருப்பை கழுத்து உட்கால்வாய், ஒரு விரலை அனுமதிக்கிறது. உட்துவாரமும், புறத்துவாரமும் திறந்தே இருக்கிறது. கருப்பையின் அளவு, கர்ப்பத்தின் வயதிற்குப் பொருத்தமாக இல்லை. கருப்பையின் கொள்ளடக்கத்தில் ஒரு பகுதி வெளிப்பட்டு விட்டதால், அதன் அளவு கர்ப்பத்தின் வயதை விட, குறைவாகவே இருக்கிறது. கருப்பை, மென்மையாக இருக்கிறது.

அரைகுறை கருச்சிதைவில், கருப்பொருளின் எஞ்சியவற்றை கருவிகள் கொண்டு அகற்றுவது அவசியமாகும். சிசுவின் பகுதிகளோ, படலங்களோ தங்கிவிட்டால், உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிக்கும் வகையில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம்; தொற்றும் நோய்களும் தோன்றலாம். அரைகுறை சருச்சிதைவு கொண்ட பெண்களை உடனடியாக மருத்துவமனையில் சேர்த்து விட வேண்டும். பெண்ணின் உடல் நிலை மோசமாக இருந்தால், வீட்டிலேயே

மருத்துவ உதவி அளிக்கப்பட வேண்டும்.

முழுமையான கருச்சிதைவு. கருப்பொருள் அனைத்தும், கருப்பையிலிருந்து (ஒரே சுருக்கத்தால்) வெளியேற்றப்பட்டால், அது, முழுமையான கருச்சிதைவு என கருதப்படுகிறது. (படம் 219) கருச்சதைவு முழுமையாக இருந்தால், கருப்பை சுருங்குகிறது; கருப்பை கழுத்து உட்கல்வாய் மூடுகிறது; குருதிப்பெருக்கு நின்று விடுகிறது. கர்ப்பத்தின் துவக்க காலத்தைவிட, பிந்திய காலங்களில் முழுமையான கருச்சிதைவு அதிகமாக இருக்கிறது. முன்கூட்டியான கருச்சதைவில், சிசு முழுமையாக வெளியேற்றப்பட்டு விட்டாலும் உதிர்படலம், கருப்பையில் தங்கி விடுகிறது. கருப்பையிலிருந்து நீண்ட கால குருதி வெளிப்பாட்டுக்கும், கிருமிபாதிப்புக்கும் (உதிர்படல எண்டோமெட்ரிய அழற்சி) பின்தங்கிய உதிர்படலம் காரணமாக அமைகிறது. முழுமையான முன் கூட்டியான கருச்சதைவின் பின்னர், உதிர்படலத்தை அகற்ற, சுரண்டி எடுக்கும் முறை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. காலந்தாழ்த்திய முழுமையான கருச்சிதைவில், சுரண்டல் முறை தேவையில்லை.

சீழ்பிடித்த கருச்சிதைவு. தானாக நிகழும் கருச்சதைவு நீண்ட காலம் நீடித்தால், யோனியில் இருந்து கிருமிகள் கருப்பையை ஊடுருவிச் செல்கின்றன. இந்த வகையில் குற்றஞ்சார்ந்த கருச்சிதைவு மிகவும் ஆபத்தாகும். கருச்சிதைவின் போது உள் நுழையும் நுண்கிருமிகள், கருப்பையினுள் சாதகமான சூழ்நிலையில், இரத்தத்திலும் கருப்பொருளில் பல்வேறு பொருட்களிலும் நன்கு வளர்ச்சியடைகின்றன.

நுண்கிருமிகள், சிசுவின் பல பகுதிகளைப் பாதிக்கின்றன. பின்னர் அவை, கருப்பை மற்றும் கருவகக்குழல்கள், சூலகங்கள், கூபக பெரிடோனியம், இணைப்புத் திசு ஆகியவற்றிற்குப் பரவுகின்றன. நோய் பாதிப்பால் தோன்றும் பொதுப்படையான சீழ்நிலை பெண்ணின் உயிருக்கே ஆபத்தாக முடிகிறது. நுண்கிருமிகள் சிசுவில் மட்டுமே வளர்ச்சியடைகின்றனவா அல்லது கருப்பையையும், அதையும் தாண்டி பரவுகின்றனவா என்பது நுண்கிருமிகளின் வீரியத்தன்மையையும், பெண்ணின் எதிர்ப்பு சக்தியையும் பொறுத்து இருக்கிறது.

பரவும் நோய் தொற்றின் தன்மையைப் பொறுத்து எல்லாக் கேசுகளும் கீழ்க்கண்டவாறு பிரிக்கப்படுகின்றன:

1) சிக்கலில்லாத 2) சிக்கல் கொண்ட 3) தீவிர சீழ் பிடிப்பு.

சிக்கலில்லாத சீழ் தொற்று கருச்சிதைவில், கிருமிப்பாதிப்பு, கருப்பையைத் தாண்டிப்பரவுவதில்லை. கருப்பையைத் தொட்டால் வலி இல்லை. அதன் மற்ற பாகங்கள், கூபக பெரிடோனியம், இணைப்புத்திசு பாதிக்கப்படுவதில்லை. உடல் வெப்பம் அதிகரித்துள்ளது; உடல் வெப்பத்திற்கு ஏற்றபடி நாடித் துடிப்பும் அதிகறிக்கிறது. பொதுவான உடல் நிலை திருப்திகரமாகவே இருக்கிறது. **சிக்கல் கொண்ட** கருச்சதைவில், நோய் பாதிப்பு கருப்பைக்கு அப்பாலும் பரவுகிறது. பரிசோதனையின் போது, வலியுடன் கூடிய கருப்பை, மற்றப் பாகங்கள், பெரிடோனியம், கூபக இணைப்புத்திசு ஆகியவை பாதிக்கப் பட்டிருப்பதும் (வலி, ஊடுருவல்) தெரிய வருகிறது. பெண்ணின் பொது உடல் நிலை திருப்திகரமாக இல்லை; உடல் வெப்பம் அதிகமாக இருக்கிறது. அவளுக்கு வலியும் மற்ற கோளாறுகளும் தோன்றுகின்றன.

சீழ்பிடித்த கருச்சிதைவின் மருத்துவ

வெளிப்பாட்டில், கொடிய கோளாறுகள் காணப்படுகின்றன. பெண்ணின் உடல் நிலை மிகவும் மோசமாக இருக்கிறது. தூக்கம் பாதிக்கப்படுகிறது. பசியின்மை, உலர்ந்த நாக்கு, வெளிறிய சருமம் சில போது மஞ்சள், சாம்பல் நிறம். சீழ்பிடிப்பின் துவக்க அறிகுறிகளாவன:—உடல் நடுக்கம், மிகையான உடல் வெப்பம், அதிகரித்த நாடித் துடிப்பு. (இது, வெப்ப உயர்வுக்கு ஏற்றபடி இல்லை). இரத்த உறைவுடன் சிரை அழற்சி, நுரையீரல்களிலும் சிறுநீரகங்களிலும், சரும அடி இணைப் புத்திசுவிலும் சீழ்க்கட்டிகள் காணப்படுகின்றன. சிறிய கூபகத்தில், மிகையான அழற்சி நிகழ்வுகள் காணப்படுவதில்லை.

நோய் தொற்று கருச்சிதைவுகளுக்கு சிகிச்சை அளிப்பது, மகப்பேறு டாக்டருக்கும், மகளிர் நோய் டாக்டருக்கும், ஒரு சிக்கலான பிரச்னையாகும். சீழ்பிடிப்பு கருச்சிதைவு கொண்ட எல்லாப் பெண்களையும் மருத்துவமனையில் சேர்த்து விட வேண்டும். சிக்கலில்லாத கருச்சிதைவாக இருந்தால், எதிர் உயிர் மருந்துகள் அல்லது சல்பா மருந்துகள் கொடுக்கப்படலாம்; காய்ச்சல் சீரடைந்த 4—5 நாட்களில் சிசுவின் எஞ்சிய பகுதிகளை, சுரண்டி கொண்டோ அல்லது காற்றற்ற பிரித்தெடுக்கும் கருவி கொண்டோ, அகற்ற வேண்டும். நோயாளியை அனுமதித்த உடனேயே, மகப்பேறு மருத்துவ கிளினிக்குகளில் இந்த ஆபரேஷன் செய்யப்படலாம்.

கருச்சிதைவு சிக்கல் தொண்டிருந்தால் அல்லது சீழ்பிடிப்புக் கொண்டிருந்தால், நோயாளிக்கு அறுவையில்லா சிகிச்சை அளிக்கப்படலாம். (எதிர் உயிர் மருந்துகள், சல்பா மருந்துகள், பொதுப் டையான டானிக்குகள், வலி நீக்கிகள், போதிய போஷாக்கு, பராமரிப்பு.) சிசுவின் எஞ்சிய பகுதிகளையும் படலங்களையும், தானாகவே வெளிப்பட அனுமதிக்க வேண்டும். ஏனெனில் சுரண்டல் முறை நோய் தொற்றைப் பரவச் செய்கிறது. மிகையாக குருதிப்பெருக்கு இருந்து, நோயாளிக்கு ஆபத்தாக இருந்தால் சுரண்டல் முறையைக் கையாளலாம். கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கவும், பாதிக்கப்பட்ட எஞ்சியவற்றை துரிதமாக வெளியேற்றவும், குவினின் அல்லது பிட்யூடரின் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

செற்கை முறைவு கருச்சிதைவு.

இது, பொதுவாக, மருத்துவமனைகளிலேயே செய்யப்படுகிறது. ஏதோ ஒரு காரணத்திற்காக, ஒரு பெண், ஒரு குழந்தையைப் பெறத் தயாராக இல்லையெனில், அவள் ஒரு டாக்டரிடம் ஆலோசனை கேட்டால், அவளது கர்ப்பத்தைக் கலைக்க ஏதாவது பாதகமான அம்சங்கள் உள்ளனவா என அவர் நிர்ணயிக்கிறார். (பிறப்புறுப்புக்களின் அழற்சி நோய்கள்) பாதகமான அம்சங்கள் இருந்தால், கர்ப்பம் காப்பாற்றரி படுகிறது. பெண்ணுக்கு உரிய மருத்துவ உதவி அளிக்கப்படுகிறது.

எல்லா தொற்றெதிர் நியதிகளை கவனத்தில் கொண்டு, ஒரு தனியான அறுவை முறை மூலம், கருச்சதைவு செய்யப்படுகிறது. மருத்துவமனையிலுள்ள ஒரு சிறப்பு நிபுணறால் தான் அந்த ஆபரேஷன் செய்யப்படுகிறது.

கருவின் வயது 12 வாரங்களுக்கு மேலிருந்தால், மருத்துவ சாதக அம்சங்கள் இருந்தால் கர்ப்பம் கலைக்கரி படுகிறது. (இருக்கும் நோய்களால், கர்ப்பம் மோசமடையலாம் அல்லது கர்ப்பிணியின் உயிருக்கு ஆபத்து நேரலாம்.) கருச்சிதைவுக்குச் சாதகமான

நோய்கள் வருமாறு:—இருதய நோய்கள், இரத்த மிகு அழுத்தம், தீவிர நுரையீரல் காசம், மற்ற உறுப்புக்களின் காசநோய், சிறுநீரகங்கள் மற்றும் கல்லீரல் ஆகியவற்றின் நோய், இரைப்பைமுன்குடல்புண், கடந்த காலத்தில் வயிற்று உறுப்புக்களின் மீது செய்ய பட்ட ஆபரேஷன்கள்.

பெற்றோரிடமிருந்து பெறப்படும் நோய்களான மேகநோய், உளநோய் ஆகியவையும், கருச்சிதைவுக்கு சாதக மானவை. கருச்சிதைவுக்கான மற்றும் பல சாதக அம்சங்களும் உள்ளன. கை, கால்கள் இல்லாததாய், இறுக்கமாக மூட்டுக்கள், செவிட்டுத்தன்மை, பார்வையின்மை, மற்றும் பல நிலைகள். மேற்கூறிய நிலைகளில் பெண்ணால் தனது வருங்கால மகவுக்கு போதிய பராமரிப்பு அளிக்க முடியாது.

கர்ப்பத்தின் கடைசி மாதங்களில் சுரண்டல் முறை தவிர்க்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் சுரண்டலின் போது கருப்பை கிழிந்து படலாம் அல்லது மிகவும் கொடிய சேதாரங்கள் ஏற்படலாம். மருத்துவ சாதக அம்சங்கள் இருந்தால் 12 வாரங்களுக்கு மேலான கர்ப்பத்தை ஆக்ஸிடோசின், புராஸ்டாகிளாண்டின், மற்றும் பல மருந்துகள் கொடுத்து கருச்சிதைவு செய்யலாம். தேவைப்பட்டால், மேசை உப்பின் (10%) சுத்தமான ஹைபர்டானிக் கரையத்தை படலத்தின் இடையே ஊசி மூலம் செலுத்த வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்தை மீடர் யூரிண்டர் கொண்டோ அல்லது யோனி வழி அறுவை மூலமோ கருப்பைக் கழுத்தை விரிவடையச் செய்யலாம்.

குற்றம் சார்ந்த கருச்சிதைவு, தானகவே செய்து கொள்ளும் கருச்சிதைவு, போன்ற மற்றவை (மருத்துவமனைக்கு வெளியே) இன்னும் நடந்து கொண்டு தான் இருக்கிறது. தேவைப்படாத கர்ப்பத்தைக் கலைக்க, பெண்பல்வேறு மருந்துகளை உட்கொள்கிறாள் அல்லது வேதியியப் பொருட்களை கருப்பையினுட் செலுத்த அனுமதிக்கிறாள்; புழைத்தண்டை உள்ளே நுழைக்கிறாள்; வேறு ஏதோ சில பொருட்களை உள் நுழைக்கிறாள்; மேற்கூறிய இந்த முறைகள் அனைத்துமே பெண்ணுக்கு பேராபத்தில் முடிகிறது. கருப்பையினுள் நோயூக்கும் கிருமிகள் உட்சென்று நோய் பாதிப்பை ஏற்படுத்துவது தான் மிகப் பெரிய அபாயமாகும். அழற்சி நிகழ்வுகள் ஏற்பட்டு, கீழ்பிடிப்பும் உண்டாகலாம். குருதிப்பெருக்கு நிரந்தரமாக நீடித்து, குருதி இழப்பு ஏற்பட்டு, பெண் ஆபத்திற்கு உள்ளாகிறாள். புழைத்தண்டோ மற்ற கருவிகளோ கருப்பையினுள் நுழைக்கப்பட்டால், கருப்பை துளையிடப்படும் அபாயம் உண்டாகிறது; சிறுகுடல்களும் துளையிடப்பட்டு பேராபத்தில் முடியலாம். மருத்துவமனையில் கருச்சிதைவு செய்யும் போது அழற்சி நோய்களும், கருப்பைக்குக் காயங்களும் ஏற்படலாம்.

கருச்சிதைவுக்குப் பின்னான அழற்சி நோய்கள் நீண்ட காலம் நீடித்து, பாதகமான பின் விளைவுகளை உண்டாக்கலாம். நோய் தொற்றால் சிக்கலடைந்த கருச்சிதைவுகள், மலட்டுத்தனம் மற்றும் வேற்றிட கர்ப்பம், தானாக நிகழும் கருச்சிதைவு ஆகியவற்றிற்கு காரணமாக அமைகின்றன. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் இருக்கும் நச்சுக்கொடி, ஒட்டியுள்ள நச்சுக்கொடி கருப்பை மந்த நிலை, நச்சுக்கொடி மற்றும் பிரசவ பின் கட்டங்களில் தோன்றும் குருதிப்பெருக்கு ஆகியவை, கடந்த காலத்தில் கருச்சிதைவு இருந்ததாகத் தெரிந்த பெண்களில் தோன்றுகின்றன. கருச்சசதைவுக்குப் பின்னான

கருப்பையின் அழற்சி நோய்கள், பின்னால் பிரசவத்தின் போது, கருப்பைச் சுவர் கிழிந்து படுவதற்கு, முன்னிணக்க அம்சமாக இருக்கிறது.

கருச்சிதைவை தடுத்தல்.

மகப்பேறு மருத்துவமனை மருத்துவ ஊழியர்களின் கடமை, கருச்சிதைவின் முன்காப்பு குறைகளை பரப்புவதே. கருச்சிதைவுக் கட்டுப்பாட்டில், மகப்பேறு மருத்துவ நிபுணரின் பங்கு மகத்தானது.

தானாக நிகழும் கருச்சதைவுக்கு எதிரான முன்காப்பு முறைகளில், கர்ப்பத்தின் சகஜமான போக்கைப் பாதிக்கும் அம்சங்களை தவிர்ப்பதும் அடங்கும். மழலிய அறிகுறிகள் கொண்ட, வழக்கமாக கருச்சதைவு கொண்ட, அல்லது குறைமாதரிபிரசவம் கொண்ட எல்லா கர்ப்பிணிகளும், சிறப்பாக கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். இத்தகைய பெண்களுக்கு, முறையான வாழ்க்கை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. (பால்புணர்ச்சியைத் தவிர்த்தல், சோர்வூட்டும் உடற்பயிற்ச்சிகளைத் தவிர்த்தல், போதிய போஷாக்கு முதலியன) அச்சுறுத்தும் கருச்சிதைவின் அறிகுறிகள் தோன்றினால், பெண்ணை மருத்துவ மனையில் சேர்த்து விட வேண்டும். தொற்றும் நோய்களிலிருந்து கர்ப்பிணியைப் பாதுகாப்பதும். நோய்களுக்கான (மலேரியா, இன்புளுயென்சா, சில் அழற்சி, முதலியன) சிகிச்சையை உரிய காலத்தில் அளிப்பதும் மிகவும் வைட்டமின்கள் அளிப்பது ஆகிய முக்கியமாகும். போதிய போஷாக்கு, போதிய வைட்டமின்கள் அளிப்பது ஆகிய முறைகளும், கருச்சிதைவைத் தடுக்க உதவும். பிரசவ சுகாதாரமும் மிகவும் முக்கியமான முன்காப்பு அம்சமாகும். தீமை பயக்கும் இராசயனப் பொருட்கள், மிகையான சுற்றுப்புற வெப்ப நிலை, உளைச்சல், அதிர்வு பபான்ற தீய அம்சங்களிலிருந்து கர்ப்பிணியைக் காப்பாற்ற வேண்டும்.

செய்வித்த (தூண்டிதிருப்பட்ட) கருச்சிதைவுகளைத் தடுப்பதில், சுகாதாரக் கல்வியும் அருங்கும். (கருத்தைபி சாதனங்களை பயன்படுத்துதல்.) செயற்கை முறைக் கருச்சிதைவில் உள்ள அபாயங்களைப் பற்றி பத்திரிக்கை, மற்றும் அறிக்கைகள், சொற்பொழிவுகள், போன்றவை மூலம் பெண்கள் தெரிந்திருக்க வேண்டும்.

கருத்தடைச் சாதனங்க்ள்

யாந்திரீக, இரசாயன, நாளமில் சுரப்பி சார்ந்த, கருத்தடைச் சாதனங்கள், தற்காலத்தில் உள்ளன. யாந்திரீக கருத்தடைச் சாதனங்கள், விந்தணு கருப்பையினுள் செல்வதை தடை செய்வதன் மூலம், கருத்தரிப்பதைத் தளை செய்கிறது. இரசாயன கருத்தடைச் சாதனங்கள், விந்தணுவின் இன்றியமையாத பணிகளைத் தடுக்கின்றன. யாந்திரீக, மற்றும் வதியய கருத்தடை சாதனங்களை சேர்த்து பயன்படுத்தினால், நல்ல விளைவுகள் கிடைக்கும்.

கருத்தடை முறைகள், தீங்கற்றதாக இருக்க வேண்டும். அயோடின் கரையத்தையோ அல்லது கர்ரோசிவ் சம்ளிமேட் போன்ற வேதியியப் பொருட்களையோ, கருப்பையினுள் உட்சொட்டுவது பெண்களுக்கு பேராபத்தில் முடியும். விட்டு விட்டு புணர்வதும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

யாந்திரீக கருத்தடைச் சாதனங்கள் ஆண்களுக்கு உறையும், பெண்களுக்கு

குப்பியுமாகும். குப்பிகளை யோனிக்குள் செலுத்தலாம்; அல்லது கருப்பைக் கழுத்தினுள் பொருத்தலாம்.

ரப்பராலான உறை, இந்திரியம் யோனிக்குள் செல்வதைத் தடை செய்கிறது. இந்திரியம் வெளிப்பட்ட பின்னும், உறையிலேயே, தங்கி இருக்கிறது.

பெண்களுக்கான குப்பிகளும், விந்தணு, கருப்பையினுள் ஊடுருவிச் செல்வதைத் தடை செய்கிறது. பல்வேறு வகையான குப்பிகள் கிடைக்கின்றன. பலனளிக்கும் ஒரு குப்பி, படம் 220 (அ)ல் காட்டப்பட்டுள்ளது. நெகிழ்வுத் தன்மையுள்ள வளையம் ஒன்றில் ரப்பர் உறை ஒன்று பொருத்தப்பட்டுள்ள யோனிக்குள் அதைச் செலுத்தும் முன்பு விரல்களால் அதை அமுக்கி உட்செலுத்த வேண்டும். குப்பியை, விரல்கள் கொண்டு, யோனியின் பின்புறச்சுவர் வழியாக, அதன் பின்புற வளைவு வரை நகர்த்த வேண்டும். வளையத்தை விட்டுவிட்டு, அதன் மேல் விளிம்பு, முன்புற வளைவுப்பக்கமாக விரலால் தள்ளப்படுகிறது. சரியாக செலுத்தியிருந்தால், நன்கு இறுக்கமாக யோனிச் சுவர்களை ஒட்டி இருக்கிறது.

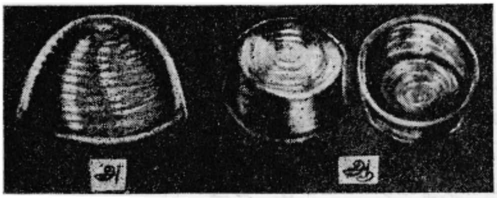
குப்பிகளை கருப்பைக்கழுத்து மேலும், பொருத்தலாம். (படம் 220 ஆ) இவை லேடக்ஸ் மற்றும் இரப்பர், அலுமினியம், வெள்ளி ஆகியவற்றால் ஆனவை, கருப்பைக் கழுத்தில் கீற்றுப்புண், அழற்சி நைவுகள் இல்லாமல் இருந்தால் குப்பிகளைப் பயன்படுத்தலாம்.

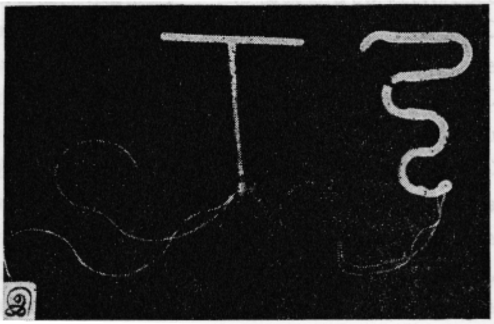
குப்பிகளை, கொதிக்கும் தண்ணீரால் தொற்று நீக்கம் செய்து, பலவீனமான கிருமி நாசினி கரையத்தில் வைத்திருக்க வண்டும். புணர்ச்சிக்குப் பின் அவற்றை அகற்றிவிட வேண்டும். (எனினும் 2—3 நாட்களுக்கு மேல், குப்பிகள் யோனிக்குள் இருக்கக்கூடாது உபயோகப்படுத்தும் முன்னர், கருத்தடைக் களிம்பை, அதன் விளிம்புகளில் தடவ வேண்டும்.

குப்பிகள், அளவில் மாறுபட்டுள்ளன. ஆகவே ஒரு டாசடர் தான், அதைப் பரிந்துரைக்க வேண்டும்.

கருப்பையுட் செலுத்தும் கருத்தடைச் சாதனங்களாக, சிந்வடிக் பொருளாலான சாதனங்கள் கையாளப்படுகின்றன. அவை சிறிய வளையங்களாகசிவா, சுருள்களாகவோ உள்ளது. அவற்றில் உள்ள ஒரு நூலின் உதவியால், கருப்பையில் இருந்து வெளியே இழுத்து விடலாம். இவை தொற்று நீக்கப்பட்டு கருப்பையினுள் நுழைக்கப்பட்டு (அதற்கென ஒரு கருவி உண்டு) நீண்ட நாட்களுக்கு வைக்கப்படுகின்றன.

இந்த சாதனங்கள், கருவகக்குழல்





படம் 220. கருத்தடைச் சாதனங்கள் அ) யோனிக் குப்பி ஆ) கருப்பைக் கழுத்துக் குப்பி இ) கருப்பையுள் செலுத்தப்படும் சாதனம்

களின் இயக்கங்களை, ஊக்குவிக்கின்றன. இதனால், பொலிவுறுவதற்கு முன்னரோ அல்லது பொலிவுற்ற உடனேயோ, கருப்பையிலிருந்து முட்டை வெளியேற்றப்படுகிறது. இதன் மூலம் கருத்தடை விளைவு உண்டாகிறது என சில ஆசிரியர்கள் கருதுகின்றனர்.

கருப்பையுள் கருத்தடைச் சாதனங்களின் இயக்க நுட்பத்தையும், அதன் பின் விளைவுகளையும் பற்றிய ஆராய்ச்சிகள் தற்போது நடைபெற்று வருகின்றன.

ஸ்பாஞ்சுகளும் அடைப்பான்களும், பலவீன அமிலத்தில் தோய்க்கப்பட்டு உபயோகிக்கப்படுகின்றன. இவை விந்தணுவின் இன்றியமையாத நடவடிக்கையை பாதிப்பதன் மூலம், கருத்தடைச் சாதனமாக பயன்படுகிறது. அடைப்பான்கள், பஞ்சால் ஆனவை. (அடைப்பானின் அளவு, யோனியின் அகலத்திற்கு ஏற்றவாறு இருக்க வேண்டும்.) பஞ்சைச்சுற்றி ஒரு நீளமான கயிறு இருக்க வேண்டும். புணர்ச்சிக்குப்பின், இந்தக்கயிறு கொண்டு, அகற்றி விடலாம். ஸ்பாஞ்சுகளையும் அடைப்பான்களையும் போரிக் அமிலத்திலோ, வினிகரிலோ (ஒரு டம்ளர் தண்ணீரில் ஒரு மேசைக்கரண்டி) அல்லது 1% குவியின் கரையத்திலோ தோய்த்து பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். புணர்ச்சிக்கு முன்பு, இந்த அடைப்பானை யோனிக்குள் செருக வேண்டும். அது கருப்பைக் கழுத்தை நன்கு மூடுகிறது. புணர்ச்சியின் பின், கயிறு கொண்டு அடைப்பான அகற்றி, யோனியை, உட்கழுவு முறை மூலம் கிருமி நாசினி கரையம் கொண்டு சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

மற்றுமொரு முறையாக, பீச்சுதலை கையாளலாம். வேறு கருத்தடை சாதனங்கள் இல்லாவிடில், பீச்சுதலை ஒரு தனி முறையாகப் பயன்படுத்தி, கருத்தடை செய்யலாம்.

பீச்சுதலுக்கு அசிடிக் அமில அல்லது போரிக் அமிலக்கரையத்தைப் பயன்படுத்தலாம். (ஒரு விட்டர் தண்ணீரில் 2—3 மேசைக்கரண்டி) புணர்ச்சி முடிந்தவுடன் செய்யப்பட்டால், பீச்சு முறை பயனளிக்கிறது.

வேதியிய கருத்தடைச் சாதனங்களில் களிம்புகளும், உருண்டைகளும், மாத்திரைகளும் அடங்கும். இவற்றில், **விந்தணுவின் மீது நச்சுவிளைவை ஏற்படுத்தும் பொருட்கள் உள்ள.** (குவினின், குவினோசால், கிராமிசிடின், பலவீன அமிலங்கள் இன்னபிற.)

புணர்ச்சியின் முன்பு. களிம்புகளோ, மாத்திரைகளோ யோனிக்குள் செலுத்தப்பட வேண்டும். அங்கு, இவை உருசி, கருரிபைக்கழுத்தின் மீதும், யோனியின் மீது படிகின்றன. பல நாட்களுக்கு, ஒரே ஒரு கருத்தடைச் சாதனத்தை மட்டுமே உபயோகிக்கக் கூடாது. கருத்தடைச் சாதனங்கள் அடிக்கடி மாற்றப்பட வேண்டும். டாசடரின் அறிவுரையின்படி மருந்துகள் மாற்றப்பட வேண்டும். கருத்தடைச் சாதனம் ஒன்றை, எவ்விதம் பயன்படுத்த வேண்டும் என்பதை மகப்பேறு இயலாளரே கற்றுத்தர வேண்டும்.

சமீப காலத்தில், முட்டை வெளிவருவதைத் தடை செய்யும் வகையில் மாத்திரைகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. இவற்றில் ஈஸ்ட்ரோஜனும், ஜெஸ்டாஜெனும் காணப்படுகின்றன. (புரோஜெஸ்டேசன் பணி.)

மாதவிடாய் வட்டத்தின் 5வது நாளிலிருந்து 25 வது நாள்வரை, தினமும் மாத்திரைகள் எடுத்துக் கொள்ளப்படுகின்றன. இதில், முட்டை வெளிப்படுவது தடைபடுகிறது அல்லது துவக்கத்திலேயே பொலிவுற்ற முட்டை சிதைக்கப்படுகிறது. பக்க விளைவுகள் சில போது, உண்டாகின்றன. (வாந்தி, குரு

திவெளிப்பாடு.) நீண்ட காலத்திற்கு (ஒரு வருடத்திற்கு மேலாக) கருத்தடை மாத்திரைகளைப் பயன்படுத்தக் கூடாது.

வேண்டாத கர்ப்பத்தை, 11—12 நாளிலிருந்து 19—20ம் நாள் வரை பால்புணர்ச்சியில்லாதிருந்து, தவிர்க்கலாம்.

குறைமாத பிரசவம் (பார்டஸ் பிரிமேடூரஸ்)

28 வது வாரத்திலிருந்து 39வது வாரத்திற்குள், கர்ப்பம் கலைக்கப்படுவது குறைமாதப் பிரசவம் எனப்படுகிறது. குறைமாத பிரசவத்தில் பிறக்கும் குழந்தை, முதிர்ச்சியடையாமல் இருந்த போதிலும், உயிருடன் வாழ முடியும்.

குறைமாதப் பிரசவத்தின் தன்மையையும், முதிர்ச்சியடையாத குழந்தையின் தன்மையையும், கடந்த கால வரலாறு மற்றும் கர்ப்பிணியின், வெளிப்பட்ட சிசுவின் புறவயச் சோதனைகள் மூலம் தெரிந்து கொள்ளலாம். புதுப் பிறப்பின் நீளம், எடை, கருவின் வயது ஆகியவையும் முக்கியமாகும்.

நோய்க்காரணம். தானாகவே நிகழும், கருச்சிதைவிற்கான காரணங்களே குறைமாதப் பிரசவத்திற்கும் பொருந்தும். (நோய்கள், நச்சுவிளைவுகள், மழலியம் முதலியன.) கடந்த காலத்தில் கருச்சிதைவுகள், கர்ப்பத்தின் இறுதிக்கட்டத்தில் நச்சுநிலை, (சிறுநீரக பாதிப்பு, எக்ளாம்ப்சியாவுக்கு முன்நிலை, எக்ளம்ப்சியா) நாளமில் சுரப்பி, நரம்புக் கோளாறுகள் ஆகியவை முன்னிணக்க அம்சங்களாக அமைகின்றன.

குறைமாதப் பிரசவம். நிறைமாதப் பிரசவம் போன்றே இதிலும் அதே நிலைகள் உள்ளன. கருப்பையின் முறையான சுருக்கங்கள்; கருப்பைக் கழுத்து மறைந்து விரிவடைகிறது; பனிநீர் வெளிப்படுகிறது; சிசு வெளிப்பட்டு, இறுதியில் நச்சுக்கொடியும் வெளிப்படுகிறது. நிறைமாதப்பிரசவத்தைவிட, குறைமாதப்பிரசவத்தில் சிக்கல்கள் அதிகமாக உள்ளன. குறைமாதப்பிரசவத்தின் அடிக்கடியான சிக்கல் என்னவெனில், உரிய காலத்திற்கு முன்பே வெளிப்படும் பனி நீரும், கருப்பை மந்தமுமாகும்.

குண்டி மற்றும் சாய்வு, குறுக்கு தோற்றங்கள், ஆகியவையும் குறைமாதப்பிரசவத்தில் அடிக்கடி தோன்றுகின்றன. குருதிப்பெருக்கும், குறிப்பாக பிரசவ பின் காலத்தில், அடிக்கடி நிகழக்கூடாத ஒன்றல்ல.

மூச்சுத்திணறல், கபால உட்காயங்கள், மரித்த பிறப்புகள் ஆகியன குறைமாதப்பிரசவத்தில் அடிக்கடி நிகழ்கின்றன.

முன்காப்பும் சிகிச்சையும். குறைமாதப் பிரசவம் தாய்க்கும் சேய்க்கும் பாதகமாக இருப்பதால், அதைத்தவிர்க்க வழிகளைக் கையாள வேண்டும் முன்காப்பு முறைகளாவன: —சகஜமான வாழ்க்கை, கர்ப்பிணிக்குப் போதிய போஷாக்கு, நச்சு விளைகளிலிருந்தும், நோய் தொற்றிலிருந்தும் பாதுகாப்பு, கர்ப்பத்தின் போது தோன்றும் நோய்களை உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்து சரியான சிகிச்சை அளித்தல்.

குறைமாதப் பிரசவத்திற்கான அறிகுறிகள் (வயிற்று உபாதை, குருதி வெளிப்பாடு) தோன்றினால், பெண்ணை உடனடியாக மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டும். சிறப்பு அறையில், அவளை வைத்திருக்க வேண்டும். கர்ப்பிணிக்கு கிடை ஓய்வு, புரோஜெஸ்டிரான், வலிநீக்கிகள், வைட்டமின்கள் தரப்பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் மேற்பார்வையின் போது, தாயின், சேயின் பொது உடல் நலம் பராமரிக்கப்பட வேண்டும். தேவையிருந்தால், மருந்துகள் கொண்டு கருப்பையின் சுருக்கங்கள் துண்டப்பட வேண்டும். சிசுவின் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க முயற்சிகள் மேற்க்கொள்ள பட வேண்டும்; தேவையான மருத்துவ உதவிகள், கர்ப்பிணிக்குத் தரப்பட வேண்டும். வெளிப்படும் சிசுவின் தலையை மிநவும் கவனமாகக் கையாண்டு, விடபக் கிழிசலைத் தவிர்க்க வேண்டும். பிறந்த சிசுவை நோய் பாதிப்பிலிருந்தும், குளிரிலிருந்தும் பாதுகாக்க வேண்டும்.

பிரசவித்த பெண்ணும், அவளது முதிராச்சிசுவும் சிறப்பாக கண்காணிக்கப்பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 19

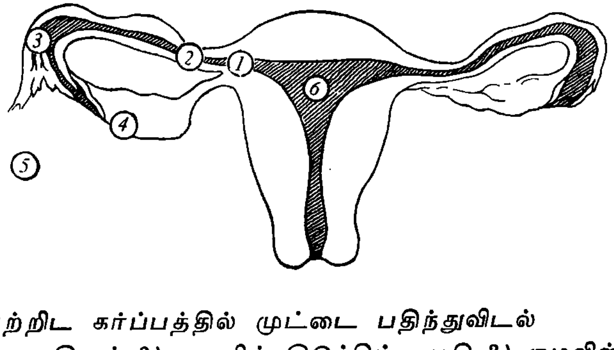
வேற்றிட கர்ப்பம்.

பொதுவாக, பொலிவுற்ற முட்டை கருவகக்குழல் வழியாக நகர்ந்து கருப்பையை அடைந்து, அதன் சிலேட்டுமத்தில் பதிந்து விடுகிறது. முட்டை நகர்வதற்கு வேண்டிய சூழ்நிலைகளில் ஏதாவது மற்றும் ஏற்பபட்டால், பொலிவுற்ற முட்டை, கர்ப்பையைத் தவிர வேறு எங்கலாது வேற்றிடத்தில் பதிந்து வேற்றிட அல்லது கருப்பை தவிர மற்ற இட கர்ப்பத்தை உண்டாக்குகிறது. (கிராவிடிடாஸ் எக்ஸ்ட்ராயூடரைனர்.)

வேற்றிட கர்ப்பத்தில் கருவகக்குழல்கள் (குழல் கர்ப்பம்), சூலகம் (சூலக கர்ப்பம்), வயிறு (வயிற்று கர்ப்பம்) அடங்கும். (படம் 221) வேற்றிடக் கர்ப்பத்தில் 99% குழல் கர்ப்பம் தான் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. ஆகவே வேற்றிட அல்லது ''கருப்பை இல்லா இட'' என்ற இரண்டுமே ஒன்று தான்.

காரணம்: குழல்களின் அழற்சியால் ஏற்படும் மாற்றங்களே, வேற்றிட கர்ப்பத்திற்கு காரணமாக அமைகிறது. அழற்சி நிகழ்வுகளால், வளைவுகள் மற்றும் குறுகல்கள், இணைப்புகள், மற்றும் பல மாற்றங்கள், குழல்களில் தோன்றுகின்றன. இவை, முட்டையின் பிரயாணத்திற்கு இடைஞ்சலாக உள்ளன. ஆகவே முட்டை, கருவகக்குழலில் நிலை பெற்று பதிந்து விடுகிறது. கருவகக் குழல்களின் லய அசைவை, அழற்சி பாதிப்பதால், கருப்பைக்குள் முட்டை செல்லுவதும் தடுக்கப்படுகிறது.

மழலியத்தால், வேற்றிட கர்ப்பம் உண்டாகிறது. (பிறப்புறுக்களின் குறை வளர்ச்சி.) மழலியப் பெண்ணின் கருவகக்குழல்கள் நீளமாகவும் நெளிந்தும்



படம் 221. வேற்றிட கர்ப்பத்தில் முட்டை பதிந்துவிடல்
1) குழலின் இழைய இடம் 2) குழலின் இடுக்கிப் பகுதி 3) குழலின் குல்லியப் பகுதி 4) சூலகம் 5) வயிறு 6) கருப்பை

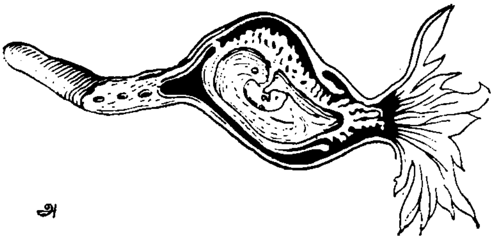
வளைந்தும், அவற்றின் உட்துவாரம் குறுகலாகவும், லய அசைவு பலவீனமாகவும் இருக்கிறது. பொலிவுற்ற முட்டை நெடுந்தூரம் போக வேண்டியுள்ளது. ஆனால் குழலில் அதன் நகர்வு மிகவும் மந்தகமாகவே இருக்கிறது. (போதாத லய அசைவால்) பிரயாணத்தின் இந்தக் காலத்தில் பொலிவுற்ற முட்டை வளர்ச்சி அடைந்து, பதிந்துவிடத் தயாராக இருக்கிறது. (உண்டான வளப்பத் தன்மையால்) ஆகவே முட்டை, குழலினுள் படிந்து, பதிந்து விடுகிறது.

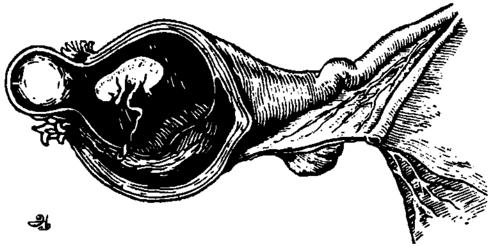
அயோடின் கரையத்தை கருப்பையுட் செலுத்திய பின்னர் வேற்றிட கர்ப்பம் உண்டாகிறது. ஏனெனில் இங்கு குழலின் உட்துவாரம் பாதிக்கப்படுகிறது. நீண்ட காலத்திற்கு முலைப்பாலூட்டினால், கருவகக்குழலின் லய அசைவு குறைகிறது. பொலிவுற்ற முட்டை, குழல் வழியாக மெதுவாக நகர்ந்தால், அதன் சுவரில் பதிந்து விடுகிறது.

குழல்களில் மாற்றங்கள். வேற்றிட கர்ப்பத்தில், பொலிவுற்ற முட்டை, வளப்பமடைந்த குழல் சிலேட்டுமத்தில், படிகிறது. கோரியானிக் விரலி, சிலேட்டுமத்தின் இறுக்கு அடுக்கைத் தாண்டி வளருவதில்லை; இறுக்கு அடுக்கு மிகவும் மெல்லியதாக இருப்பதால் கோரியானிக் விரலியால் சிதைக்கப்படுகிறது. குழல் சிலேட்டுமம் சிதைந்து பட்டால், விரலிகள் குழலின் தசை உறையை ஊடுருவி, தசை இழைகளையும், இரத்த, நிண நாளங்களையும் சதைக்கின்றன. வேற்றிட கர்ப்பம், 5—6 வாரங்களில் கலைந்து விடுகிறது. அபூர்வமாக 2வது மாதக் கடைசியிலோ மூன்றாவது மாதத்தி துவக்கத்திலோ கர்ப்பம் கலைகிறது. குழல் கருச்சதைவாலோ அல்லது குழல் கிழிந்து படுவதாலோ, குழல் கர்ப்பம் கலைகிறது.

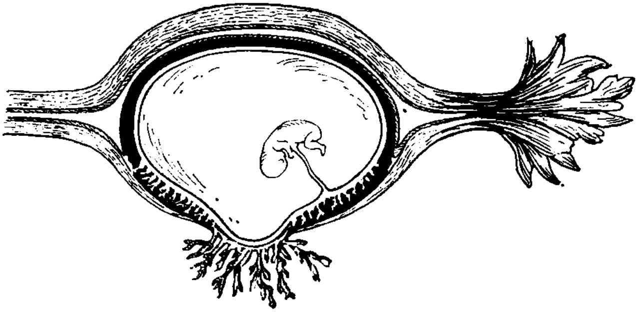
குழல் கருச்சிதைவின் போது, கரு குழல் சுவரிலிருந்து பிரிந்து இறந்து படுகிறது; (படம் 222 அ), இரத்தத்தில் தோய்ந்து படிப்படியாக சிதைந்து விடுகிறது. குழலில் தோன்றும் துரிதமான சுருக்கங்களால், கரு, குழல் வழியாக வெளியேற்றப்பட்டு, வயிற்றுக் குழிவை அடைகிறது. (படம் 222 ஆ) இந்தப் பிரிவின் போது குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. குழலின் உள்ளேயும், அதைச் சுற்றியும் குருதித்தேக்கம் ஏற்படுகிறது. குருதி பெருக்கு மிகையாக இருந்தால், இரத்தம் டக்ளஸ்பையில் தேக்கமடைந்து, குருதிக்கட்டியாக மாறுகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில், சிசு மரிப்பதில்லை; வயிற்றுக்குழிலில் தங்கி, வயிற்றுக்கர்ப்பமாக மாறுகிறது.

குழலின் கிழிசல்:—கோரியானிக் விரலியால், எல்லா அடுக்குகளும் (சிலேட்டும், தசை, பெரிடோனிய) பாதிக்கப்பட்டால் கருவகக்குழல் கிழிந்து விடுகிறது. (படம் 223) வளர்ந்து


அ


ஆ

படம் 222. கருவகக் குழல் கருச்சிதைவு
அ) குழல் சுவரிலிருந்து முட்டை பிரிகிறது
ஆ) கரு வெளிப்படல்



படம் 223. கருவகக் குழலின் கிழிசல்.

வரும் சிசுவால், குழல் விரிவடைவது ஒரு முக்கியமான அம்சமல்ல. கோரியான தான், குழலின் எல்லாத் திசுக்களையும் இரத்த நாளங்களையும் அழிக்கிறது. குழல் கிழிந்து பட்டால், வயிற்றுக் குழிவினுள் குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டு, தீவிர சோகை உண்டாகிறது. குழல் கருச்சதைவின் போது குருதி இழப்பு மிகையாக இருப்பதில்லை.

மருத்துவ வெளிப்பாடு. வேற்றிட கர்ப்பத்தின் அறிகுறிகள், பல வகைப்படும். கர்ப்பத்தின் வயது, கர்ப்பக்கலைவின் வகை, (குழல் கருச்சிதைவா அல்லது குழல் கிழிசலா), குருதி உட்பெருக்கின் தன்மை, குருதி இழப்புக்கு உடலின் பிரதிவினை ஆகியவற்றைப் பொறுத்துள்ளது.

வேற்றிட கர்ப்பம் தோன்றும் போது சகஜமான கர்ப்பம் போன்றே ருசியில் மாற்றம், குமட்டல், முலைகளின் வீக்கம், மாதவிடாய் தோன்றாமை, யோனி மற்றும் கருப்பைக் கழுத்து சிலேட்டுமத்தின் நீலநிறம் ஆகியவை அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன. கருப்பை, மெல்லியதாக இருக்கிறது. அதன் அளவு பெரிதாக இருக்கிறது; ஓரளவு பருமனான கர்ப்பமடைந்த குழலை, தொட்டுத் தெரியலாம்.

வளர்ந்து வரும் வேற்றிட கர்ப்பத்தை நோய் நிர்ணயம் செய்வது சிரமமாகும். குழல் கர்ப்பமாக இருந்தால் அல்லது குழல் கிழிசலின் போது தான் வேற்றிட கர்ப்பத்தின் அறிகறிகள் தெளிவாக இருக்கின்றன. வேற்றிடக் கர்ப்பக் கோளாறுகளின் மருத்துவ வெளிப்படும் வேறுபட்டே இருக்கின்றன. குழல் கருச்சதைவை விட, குழல் கிழிசலின் போது அறிகுறிகள் தெளிவாக இருக்கின்றன.

திடீரென்று தோன்றி துரிதமாக மோசமடைவது குழல் கிழிசலின் சிறப்புத்தன்மையாகும். நோயாளி, தீவிரமான கீழ் வயிற்றுவலியால் மயக்கமடைகிறாள். இங்கிருந்து வலி, தோளுக்கும், தோள் பட்டைக்கும், குதத்திற்கும் பரவுகிறது. மிகுதியான இரத்த இழப்பால், சருமமும், தெரிகின்ற சிலேட்டுமமும் வெளிறிவிடுகிறது. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. மூச்சுவிடலின் விகிதமும் அதிகரிக்கிறது. மிகவும் கொடிய வகைகளில், வாந்தி, வியர்வை சுரப்பு, உடல் வெப்பக்குறைவு ஆகியவை தோன்றுகின்றன. வயிறு வீங்குகிறது. தொட்டுப்பார்க்கும் போது வலி உண்டாகிறது. ஷ்செட்கின்-பிளம்பர்க் அறிகுறி நேர்மறையாக இருக்கிறது. இரத்தம் தேங்கியுள்ள இடங்களில் தட்

டிப்பார்க்கும் போது, மந்தமான ஒலிகள் உண்டாகின்றன. (கீழ்நோக்கிச் சரியும் இடங்களிலும், கவட்டை அருகேயுள்ள பகுதிகளிலும்) நோயாளியை ஒரு புறமாகத் திருப்பினால், தட்டிப் பார்க்கும் போது கிடைக்கும் தொனி மாறுகிறது. ஏனெனில் வயிற்றில் உள்ள இரத்தம் கீழ்பகுதிகளுக்குச் செல்கிறது.

குழல்கருச் சிதைவின், மருத்துவ வெளிப்பாடுகள், அவ்வளவு முனைப்புடன் இல்லை. சருமமும், வெளித்தெரியும் சிலேட்டுமமும், வெளிறிக் காணப்படுகின்றன. நாடித்துடிப்பிலும், இரத்த அழுத்தத்திலும் குறிப்பிடத்தக்க மாற்றங்கள் இல்லை. பிரசவத்தைப் போன்று இருக்கும் ஒரு பக்க வலியும், குமட்டலும், கண்பார்வை மங்குவதும் இருக்கின்றன. வலி, தோள்பட்டை மற்றும் கழுத்து, குதம், யோனி ஆகியவற்றிற்குப் பரவுகிறது.

சில சமயத்தில் தார் போன்றிருக்கும், குறைவான குருதிப்பெருக்கு, கலைந்த வேற்றிட கர்ப்பத்தின் அறிகுறியாகும். யோனி வெளிப்பாட்டில், வேற்றிட கர்ப்பத்தின் போது உதிர்படமாக மாறும் எண்டோமெட்ரியத்தின் சிதைந்த பொருட்கள் காணப்படுகின்றன. கருப்பையிலிருந்து, உதிர்படலம் முழுவதும், சிலபோது, வெளிப்படுகிறது.

யோனி சிலேட்டுமம், கழுத்து ஆகியவற்றின் சையனோசிஸ், பொதுவான அறிகுறிகளாகும். கருப்பைக்கழுத்து முன்னோக்கித் துருத்துகிறது. பின்புற வளைவை தொட்டுப்பார்ப்பது, வலியை உண்டாக்குகிறது. கருப்பை உடல் லேசாக வீங்கி, மெல்லியதாக இருக்கிறது.

குருதி உறை கட்டிகள், குழலின் உள்ளேயோ, அதைச் சுற்றியோ உண்டானால், சீரற்ற, தெளிவற்ற வடிவம் கொண்ட, வலியுடன் கூடிய, ஒரு அமைப்பைத் தொட்டத் தெரிய முடிகிறது. கருதிக்கட்டி, ஒரு வழிச்சந்தில் உண்டானால் பின்புற வளைவு மறைகிறது அல்லது துருத்துகிறது. கருப்பை, முன்புறமாகத் தள்ளப்படுகிறது. கருவகக் குழல் கிழிந்துபட்டால், வயிற்றுக் குழிவினுள் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. கருப்பமடைந்த குழலை தொட்டுப் பார்க்க முடிவதில்லை; அல்லது சிரமத்துடன் தொட்டுப் பார்க்க முடிகிறது.

அறிகுறிகள் தெளிவாக இருந்தால், வேற்றிட கர்ப்பத்தின் நோய் நிர்ணயம் சிரமமல்ல, ஆனால் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் தெளிவாக இல்லாமல், நோயாளியின் நிலையும் மோசமாக இல்லாவிடில், நோய் நிர்ணயத்தில் சிரமங்கள் உண்டாகின்றன. குருதிப்பெருக்கு அதிகமாக இல்லாவிடில், குழல்களுச்சிதவை, நிர்ணயிக்க முடியாது. வேற்றிட கர்ப்பத்தை, அழற்சி நோய்கள் மற்றும் கருச்சிதைவு, குடல்வாழ் அழற்சி ஆகியவற்றிலிருந்து பிரித்தறிந்து, நோய் நிர்ணயம் செய்ய வேண்டும்.

வேற்றிட, கர்ப்பத்தை, வகைப்படுத்தி நிர்ணயம் செய்யும் போது, நோய் வரலாற்றிற்கு முக்கியத்துவம் கொடுக்க வேண்டும். அழற்சி நிகழ்வுகள் மற்றும் குடல்வால் அழற்சி, மற்றும் பல வியாதிகள் போல அல்லாமல், வேற்றிட கர்ப்பத்தில் வலித்தாக்குதல்களும், இரத்தம் வெளிப்படுவதும் (கருமையான இரத்த வெளிப்பாடு) (இரு ஒரு மாதவிடாய் தவறிய பின் தோன்றுகிறது) காணப்படுகின்றன. நோயாளியின் முழுமையான புறவய சோதனை முக்கியமாகும். சந்தேகமான கேசுகளில், மேற்கொண்டு தேவையான பரிசோதனைகள்—பின்புற வளைவு வழியாக ஒரு வழிச்சந்தை துளையிட்டுப் பார்ப்பது, தடுப்பாற்றியல் பரிசோ

தனைகள் இன்னபிற—செய்யப்பட வேண்டும். துளையிடுவதால் கிடைக்கும் இரத்தத்திலிருந்து வேற்றிட கர்ப்பம் உறுதியாகிறது. ஆனால் எதிர்மறையான முடிவு கொண்டு, வேற்றிட கர்ப்பம் இல்லை, எனவும் சொல்லி விட முடியாது; ஏனெனில் வெளிப்படும் இரத்தம், ஒருவழி சந்தில் செல்லாமல், குழலைச் சுற்றியே குருதிக்கட்டிகளாகின்றன.

சிகிச்சை. வெற்றிட கர்ப்பத்திற்கு சிகிச்சை, அறுவை மூலம், கர்ப்பமடைந்த குழலை அகற்றுவதேயாகும். நோய் நிர்ணயம் ஆனவுடன், நோயாளியின் நிலை எப்படி இருந்தாலும், உடனடியாக நோயாளிக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். ஏனெனில் வயிற்றுக் குழிவிலான குருதிப்பெருக்கு மீண்டும் தோன்றலாம். மருத்துவநிலை மோசமாக இருந்தால், நோயாளிக்கு உடனடியாக அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. அவருக்கு, இரத்தம் ஏற்றப்பட வேண்டும். சோகையையும், அதிர்ச்சயையும் சரி செய்ய, தேவையான மருந்துகள் கொடுக்கப்படுகின்றன.

வேற்றிட கர்ப்பத்தின் போது பெண்ணுக்கு நேரக்கூடிய ஆபத்துகளை மனதில் கொண்டு, சந்தேகம் தோன்றிய உடனேயே சிறப்பு நிபுணர், அவளைப் பரிசோதிக்க வேண்டும். வேற்றிட கர்ப்பம் சிதைந்து விட்டதற்கான அறிகுறிகள் தோன்றினால், உடனடியாக, எப்படியாவது (விமானம் மூலம் அல்லது கார் மூலம்), மகப்பேறு நிபுணரின் துணையுடன் மருத்துவமனைக்குஅனுப்பி வைக்கப்பட வேண்டும்.

சூலக, வயிற்று கர்ப்பங்கள் மிகவும் அபூர்வமாகவே நிகழ்கின்றன. சூலகக் கர்ப்பத்தின் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் குழல் கர்ப்பம் போன்றே இருக்கும். வயிற்றுக்கர்ப்பம், போதுவாக நீண்ட நாட்கள் நீடிக்காது. இருந்த போயூலும் நிறை மாத வயிற்று கர்ப்ப கேசுகளும் அபூர்வமாகக் காணப்படுகின்றன. படலங்களின் உள்ளே இருக்கும் சிசு, உள்ளுறுப்புக்களின் இடையேயுள்ள வெளியில் வளருகிறது. நச்சுக்கொடி, கருவகக்குழலுடன் பொருந்தி உள்ளது; அல்லது பெரிடோனியம், உள்ளுறுப்புக்கள் ஆகியவற்றுடன் பொருந்தி இருக்கலாம். இத்தகைய கர்ப்பம், நோய் வழி சார்ந்ததாகும். சகஜமாக, சிசு இறந்துபடுகிறது. மரித்த சிசு, நசிவடைந்து, தொற்றற்ற சிதைவடைகிறது அல்லது பிணமாகி சடல உலர்ச்சி நிலையை அடைகிறது. குடலிலிருந்து நோய்த் தொற்று உண்டாகி, மரித்த சிசு நசிந்து, சிதைவடையும் கேசுகளும் காணப்படுகின்றன. நச்சுக்கொடி பிரியும் போது பெருமளவில் வயிற்றினுள் குருதிப்பெருக்கு ஏற்ப்படுகிறது.

சூலக, வயிற்று கர்ப்பங்கள், அறுவை முறையிலேயே சிகிச்சை செய்யப்படுகின்றன. வேற்றிட கர்ப்பத்திற்கு முன்காப்பு, மழலியத்தைக் கட்டுப்படுத்துவதிலும், (குழந்தைகளின் உடல் நலத்தைப் பாதுகாப்பது) அழற்சி நிகழ்வுகள், மற்றும் கருச்சிதைவுகள் (கருத்தடைச் சாதனங்கள், சுகாதாரக் கல்வி) ஆகியவற்றைக் கட்டுப்படுத்துவதிலும் உள்ளது.

வேற்றிட கர்ப்பத்திற்காக அறுவை செய்யப்பட்ட நோயாளிக்கு, மீண்டும் இதே நிலை ஏற்ப்படமல் பார்த்துக் கொள்வதே சிகிச்சையின் கொள்கையாகும்.

கருப்பைக்கீழ்ப்பகுதியில் நச்சுக்கொடி. முறையாகப் பதிந்த் நச்சுக்கொடியின், உரியகால முன்னான பிரிவு.

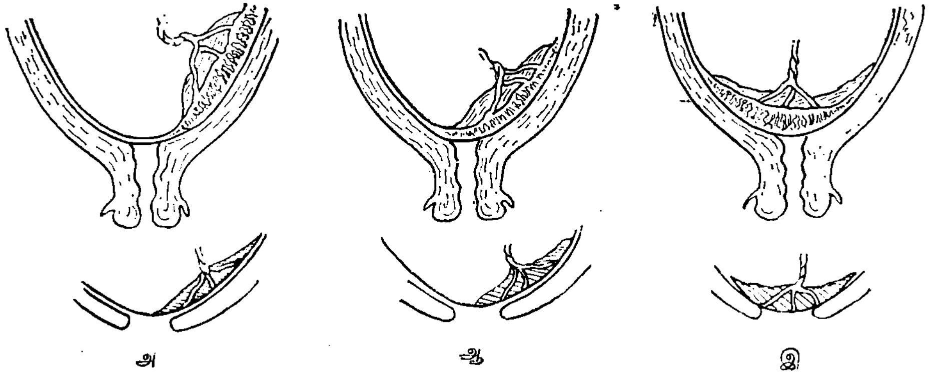
பொலிவுற்ற முட்டை, கருப்பையின் இடுக்கிப் பகுதியின் மேலோ அதன் பக்கத்திலோ பதிந்தால், கருப்பைக் கீழ்பகுதியில் நச்சுக்கொடி வளர்ச்சியடைகிறது. ஆகவே, வளரும் நச்சுக்கொடி, கருப்பைக்கீழ்பகுதியின் ஒரு பகுதியை, (முழுமையாகவோ, அல்லது ஓரளவாகவோ) கருப்பையின் உட்துவாரத்தை, மூடுகிறது. உதயமாகும் பகுதியின் கீழாக இருக்கிறது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் கீழ்க்கண்ட வகைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன:

1) **ஓரமான கீழ்நிலைநச்சுக்கொடி.** நச்சுக்கொடி, உட்துவார விளிம்பிற்கு அப்பால் போவதில்லை. கருப்பை கழுத்துட்கால்வாய் திறக்கும் போது, இரண்டு மூன்று விரல்கள் அனுமதிக்கப்படும் போது, மென்மையான படலங்களையும், நச்சுக்கொடியின் குறுகலான விளிம்பையும் தொட்டுத் தெரிய முடியும் (படம் 224 அ)

2) **பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி:**—நச்சுக்கொடி, தனது விளிம்பைக் கொண்டு உட்துவாரத்தை மூடுகிறது. உள்நுழைந்த விரலால் தொட்டுப் பார்க்க முடியும். (கருப்பைக் கழுத்து, 2—3 விரல்கள் திறந்திருக்க வேண்டும்) படலங்கள் தெரிகின்ற ஒரு சிறிய பகுதியைத் தவிர மற்ற முழுப்பகுதியையும் தொட்டுணரலாம் (படம் 224 ஆ).

3) **முழுமையான அல்லது மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி.** நச்சுக்கொடியின் மத்தியப்பகுதி உட்துவாரத்தை முடுகி



படம் 224. கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி
அ) ஓரமான ஆ) பக்கவாட்டு இ) மத்திய

றது. கருப்பைக்கழுத்து 2—3 விரல்கள் அகலத்திற்கு விரிவடைந்து விட்டால், நச்சுக்கொடியை மட்டுமே தொட்டுத் தெரிய முடியும். (படம் 224 இ) யோனிப்பரிசோதனையினால் மட்டுமே, உட்துவாரத்தின்மேல், நச்சுக்கொடியின் மத்தியப்பகுதி இருக்கிறது என நிச்சயமாக கூற முடியாது. 2—3 விரல்கள் விரிவடைந்த கழுத்தின் வழியாக, நச்சுக்கொடியை மட்டும் தொட முடிந்தால், மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடிஎன நோய் நிர்ணயம் செய்யலாம்.

4) தாழ்ந்த நிலையில் பொதிந்துள்ள வகையும் பிரித்தறியப்படுகிறது. நச்சுக்கொடி, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் பதிந்துள்ளது. ஆனால், கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருந்தாலும் கூட, நச்சுக்கொடியின் விளிம்பைத் தொட முடியாது. (தாழ்ந்து பதிந்துள்ள நச்சுக்கொடி.)

ஒரு வகையான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, பிரசவத்தின் போது மற்றொரு வகையாக மாறலாம். சான்றாக, கருப்பைக்கழுத்து ஓரளவே விரிவடைந்திருந்தால் ($1—1^1/_2$ விரல்), நச்சுக்கொடியின் ஒரு ஓரத்தை மட்டுமே தொட்டுணர முடியும். (ஓரமான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி) கழுத்து இன்னும் விரிவடையும் போது, நச்சுக்கொடியின் பெரும் பகுதியைத் தொட்டுப் பார்க்க முடிகிறது. அதாவது ஓரமான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியாக மாறுகிறது.

எனவே, இந்தப்பாகுபாடு, வரைபடத்திற்காகவும், மரபு சார்ந்தும் இருப்பதால், சில ஆசிரியர்கள், முழுமையான அல்லது ஓரளவான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி எனப்பாகுபாடு செய்கின்றனர். 2—3 விரல் அகலவிரிவடைந்த கழுத்து வழியாக நச்சுக்கொடி திசுவை மட்டும் தொட்டுணர முடிந்தால், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியை முழுமையானது எனக் கொள்ளலாம். நச்சுக்கொடியையும், படலங்களையும் தொட்டுப்பார்க்கப் பட முடிந்தால், இவை ஓரளவான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி எனக் கொள்ளலாம்.

அபூர்வமான கேசுகளில், நச்சுக்கொடி கருப்பைக் கழுத்தில் பதிந்து விடுகிறது. நச்சுக்கொடி, கருப்பையின் கழுத்துட்கால்வாயில் வளர்ச்சியடைகிறது. (அல்லது கழுத்தின் மேல் பகுதியிலும், இடுக்கியிலும்.) (கருப்பைக்கழுத்து கர்ப்பம் மிகவும் அரிதான ஒன்று. கொடிய சிக்கல் கொண்டது. பொலிவுற்ற முட்டை, கழுத்தில் வளர்ச்சியடைகிறது. இது மெல்லியதாகி, நீல நிறமடைந்து, குடுவை வடிவம் கொண்டுள்ளது. கழுத்துக் கர்ப்பம், உரிய காலத்திற்கு முன்பே சிதைவடைகிறது. மிகையான குருதிப் பெருக்கு காணப்படுகிறது. இதற்கு சிகிச்சையாக, கருப்பையயே அகற்றி விட வேண்டும்.)

நோய் காரணம்.

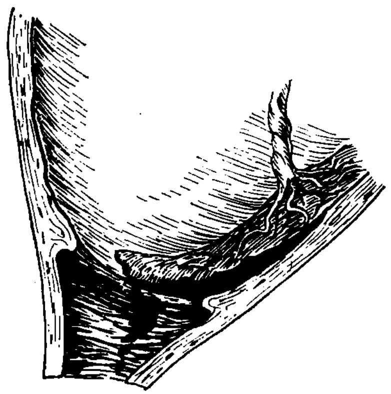
கருவகக் குழல் ஒட்டியுள்ள, கருப்பையின் மேல் பகுதி மட்டத்தில் எண்டோமெட்ரியத்தில், சகஜமாக முட்டை பதிந்து காணப்படும். கருப்பையின் சீழ் மட்டத்தில் முட்டை பதிந்து விட்டால், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி உருவாகிறது.

அழற்சி, வளர்ச்சி குறைவு போன்ற நோயுக்கு நிகழ்வுகள், முட்டை, கருப்பையின் கீழ் மட்டத்தில், பதிந்து கொள்வதை சாத்தியமாக்குகிறது. நோய் நிகழ்வுகளால் எண்டோமெட்ரியம் பாதிக்கப்பட்டால், சகஜமாக பதிந்து கொள்ள தடை உண்டாகிறது. ஆகவே முட்டை கீழிறங்கி, கருப்பையின் கீழ்ப் பகுதியில் உட்துவாரத்தின் அருகே, பதிந்து விடுகிறது. சீழ்பிடிப்பு கொண்ட

அல்லது வெட்டை நோய் எண்டோமெட்ரிய அழற்சியிலும், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி தோன்றுகிறது. கருச்சிதைவுகள், குறிப்பாக மீண்டும் மீண்டும் நிகழ்கிற வகையும், அழற்சி நோய்களால் சிக்கலுற்ற கருச்சிதைவுகளும், சீழ் நிலை நச்சுக்கொடி, நோயாளியில் உண்டாக, முன்னிணக்க அம்சமாக அமைகிறது. பெரும் பகுதியில் கோரியானிக் விரலிகள் தோன்றி, அடிப்படை உதிர்படல் அருகில் அமைந்து, உதிர் படல உழைப்பகுதி முழுவதும் பரவுகிறது. கோரியானிக் விரலியின் இந்தப் பரவல், நச்சுக்கொடியின் வளர்ச்சியை ஊக்குவித்து,உட்துவாரத்தைஅடைந்து, மூடச்செய்கிறது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் பின்விளைவுகள்.—இந்த நிலை, தாய்க்கும் சேய்க்கும் பாதமாக உள்ளது. மத்திய (முழுமையான) கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, மிகவும் ஆபத்தானது.

சீழ்நிலை நச்சுக்கொடி கொண்ட நோயாளிகளின், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி இரத்த நாளங்கள், பெரிதும் விரிவடைந்து, நீண்டு, நிறைய இரத்தம் கொண்டுள்ளன. கருப்பைக் கழுத்தில் நிறைய இரத்த நாளங்கள் நிரம்பி இருப்பதால், கழுத்துத்திசு, பலகுழிவு கொண்டுள்ளது. இப்போது இது மிகவும் மெல்லியதாக இருப்பதால், கவனக் குறைவான செயல் முறைகளால், எளிதில் காயமடைகிறது. உடைபட்ட நாளங்களிலிருந்து இரத்தம் வெளிப்படுகிறது குருதிப் பெருக்கு மிகையாகிவிடலாம்; பெண்ணின் மரணத்தில் முடியலாம். கர்ப்பத்தின் பின் மாதங்களில், கருப்பையின் கீழ்பகுதி, விரிவடைந்து, உதயப்பகுதியுடன் கூடிய சிசுவின் கீழ் பகுதியை ஏற்றுக்கொள்கிறது. கருப்பைக் கீழ்ப்பகுதியின் சுவர், விரிவடைந்து, நச்சுக்கொடி பரப்புடன் நிலை



படம் 225. கருப்பைத் தசைகளின் பின்னிழுப்பு, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியை பிரியச் செய்து, குருதிப் பெருக்கை ஏற்படுத்துகிறது

மாறுகிறது. இதனால் நச்சுக்கொடியின் சில பகுதிகள், கருப்பைச் சுவரிலிருந்து பிரிந்து விடுகின்றன. கருப்பை—நச்சுக்கொடி நாளங்கள் உடைந்து, குருதிப் பெருக்கு தோன்றுகிறது.

கீழ் நிலை நச்சுக்கொடியில், குருதிப் பெருக்கு, கர்ப்ப கடைசி காலத்தில் தோன்றி, பிரசவத்தின் போது மிகையாகிறது. சிலபோது, கருப்பையின், முறையான சுருக்கங்களின் போது குருதிபெருக்கு துவங்குகிறது. தசையின் பின்னிழுப்பால் கருப்பையின் கீழ் பகுதியும், கழுத்துத்துவாரத்தின் விளிம்புகளும், நச்சுக்கொடி பரப்புகளிலிருந்து இழுக்கப்படுகின்றன. அதனால் அது பொருந்தியுள்ள இடத்திலிருந்து பிரிகிறது. (படம் 225) வலுவான சுருக்கங்களாலும், கழுத்து அகலமாக விரிவடையதாலும், நச்சுக்கொடி பிரிவதும் பெரிதாக இருக்கிறது. நச்சுக்கொடி பிரியும் இடத்தில் குருதி நாளங்கள் பிளந்து, உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிக்

கும் வகையில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. எனினும் சிசுவின் இரத்த ஓட்டம் பாதிக்கப்படுவதில்லை. ஏனெனில் உடைபடுவது தாயின் இரத்த நாளங்களே. ஆனால், சிசுவிற்கான வாயுப் பரிமாற்றத்திற்கான நச்சுக்கொடியின் பரப்பு குறைவதால், மூச்சுத்திணறல் ஏற்படலாம். கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில், சிசுவிற்கான முன்கணிப்பு பாதகமாகவே இருக்கிறது. இதைத் தவிர்க்க ஆபரேஷன் தேவைப்படுகிறது. இதுவும் ஆபத்தை அதிகரிக்கிறது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, தொற்றும் நோய்களை உண்டாக்குவதில் துணை புரிகிறது. நச்சுக்கொடி பிரிந்த இடத்தில் உறைந்துள்ள இரத்தம், யோனி மூலம் உட்செல்லும் நுண்கிருமிகளுக்கு நல்ல போஷாக்கான ஊடகமாக அமைகிறது. நோய்தொற்றுக்கு உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியை முழுங்கச் செய்யும் சோகையும் தீங்கானது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் விரலிகள், சிலபோது, துரிதமாக வளர்ச்சியடைந்து, பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தை சிக்கலடையச் செய்கிறது. (நச்சுக்கொடி பிரிவது தாமதமடைகிறது. [இரத்த இழப்பு அதிகமாகிறது.)

500—600 கர்ரிபிணிகளில் ஒருத்திக்கு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி நோய் உண்டாகிறது. கடந்த காலத்தில் நிகழ்ந்த பிரசவ பின் அழற்சி நோய்களிலும், பலமகவு ஈன்ற பெண்களின் கருச்சிதைவுக்குப்பின்னான நிலைகளிலும், இந்த நோயூக்கு நிலை நிகழ்கிறது. ஓரவகை அல்லது பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியை விட மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி குணறலாகவே காணப்படுகிறது.

மருத்துவ அறிகுறிகள். கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் பிரதான அறிகுறி யோனியிலிருந்து குருதிப் பெருக்காகும். மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் போது, கர்ப்பத்தின் கடைசி 2—3 மாதங்களில் குருதிப்பெருக்கு துவங்குகிறது. பக்கவாட்டு வகையில், கர்ப்பத்தின் இறுதியில் அல்லது பிரசவத்தின் துவக்கத்திலும், ஓரவகையில் பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்திலும் குருதிப்பெருக்கு துவங்குகிறது. தாழ்ந்த நிலையில் உள்ள வகையில், குருதிபெருக்கு, விரிவுக் கட்டத்தில் துவங்குகிறது. குருதிப்பெருக்கு, அவ்வளவாக இல்லை.

கர்ப்பத்தின் இறுதியிலான குருதிப் பெருக்கு திடீரென்று, எதிர்பாராதவிதமாக, தெரியும்படியான காரணம் எதுவுமின்றி, சில போது, இரவு ஓய்வின் போது கூட, துவங்குகிறது. குருதிப்பெருக்கின் போது வலியில்லை. சில போது நீண்ட கால இரத்தக் கசிவாக இருக்கிறது; சிலபோது ஒரே தடவையில் இரத்தம், உறை தட்டியுடன் வெளிப்பட்டு, நின்றும் விடுகிறது. பின்னர் எச்சரிக்கை எதுவுமின்றி, ஒரு கால இடைவெளிக்குப் பின்னர், மீண்டும் துவங்குகிறது. விட்டு விட்டு உண்டாகும் குருதிப்பெருக்கு, பிரசவம் வரை நீடிக்கிறது. சில சமயங்களில் குருதிப் பெருக்கு, பிரசவம் வரை நீடிக்கிறது. சில சமயங்களில், குருதிப்பெருக்கு மிகவும் அதிகமாக இருப்பதால், உடனடியாக பிரசவத்தைத் துவக்கும் அவசியம் ஏற்படுகிறது.

மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில், முறையான சுருக்கங்களின் துவக்கத்தின் போது, குருதிப்பெருக்கு துரிதமடைகிறது. இரத்தம் பிரகாசமாக இருக்கிறது. திரவமாகவும் உறைகட்டிகளுடனும் காணப்படுகிறது. மிகையான அளவில் இடைவிடாது வெளிப்படுகிறது. குருதி இழப்பு 1 லிட்டருக்கும் மேலாக இருக்கிறது. உடனடியான சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடில் உயிருக்கு ஆபத்து

விளைகிறது. ஓர கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில் கர்ப்பத்தின் போது குருதிப்பெருக்கு துவங்கினால், பிரசவத்தின் போது அதிகரித்து, உயிருக்கு ஆபத்தாக முடிகிறது. ஓரகீழ்நிலை நச்சுக் கொடியில், குருதிப்பெருக்கு, பொதுவாக அபாயம் விளைவிக்கிறது. பிரசவத்தின் விரிவு நிலையின் போது துவங்குகிறது. பனிக்குடம் உடைந்த பின்னர், நச்சுக்கொடி பிரிவது நின்று விடுகிறது; கூபகத்தில் நிலை பெறும் தலை, நச்சுக்கொடியை அமுக்குவதால், இரத்தப்பெருக்கு நின்று விடுகிறது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் முக்கிய அறிகுறி சோகையாகும். யோனியிலிருந்து இரத்தம் வெளிப்படுவதன் அளவைப் பொறுத்து சோகையின் தன்மை இருக்கிறது. தோலும் சிலேட்டுமமும் வெளிறிக் காணப்படுகிறது. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. மிகையாக குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டால், இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது, தலைச் சுற்றல், காதுகளில் இரைச்சல், மங்கலான பார்வை ஆகியவை தோன்றி, உரிய மருத்துவ சிகிச்சை அளிக்கப்படாவிடில், பெண் மரணமடைகிறாள்.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி; கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதிக்குள் தலை இறங்குவதைத் தடை செய்கிறது. கர்ப்பம் முடியும் வரை, தலை கூபக நுழைவாயிலுக்கு மேலாக மிதந்த கொண்டே இருக்கிறது; அல்லது நடுக்கோட்டை விட்டு ஒரு பக்கமாகச் சாய்கிறது. அசாதாரணத் தோற்றங்களுக்கு (குண்டி, சாய்வு, குறுக்கு), கீழ்நிலை நச்சுக் கொடி காரணமாக இருக்கிறது. குறைமாதப் பிரசவம், கருப்பையின் மந்தம், சிசு இருதயத் தொனிகளில் மாற்றம் ஆகியவையும் உண்டாகின்றன.

நோய் நிர்ணயம். கடைசி காலத்தில் குருதிப்பெருக்கும், பிரசவ முதல் கட்டத்தில் குருதிப்பெருக்கும், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் அறிகுறியாகும். எவ்வித எச்சரிக்கையுமின்றி தோன்றும் வலியற்ற குருதிப்பெருக்கு—காயம் எதுவும் இல்லாத போது—பெரும்பாலும் கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியிலேயே நிகழும். முறையான எலும்புக் கூபகத்தில், உதயமாகும் பகுதி மேல் மட்டத்தில் இருப்பது, நோய் நிர்ணயத்தை உறுதி செய்கிறது.

கவனமாகச் செய்யப்படும் யோனி பரிசோதனை மூலம் நோய் நிர்ணயம் உறுதி செய்யப்படுகிறது. தொற்றெதிர் முறைகளைக் கையாண்டு, ஒரு மருத்துவ மனையில், டாக்டரால், யோனிப் பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும். கவனக் குறைவான பரிசோதனை, நச்சுக்கொடியை மேலும் பிரியச் செய்து குருதிப்பெருக்கை அதிகரிக்கச் செய்கிறது. கருப்பைக் கழுத்து திறக்கும் போது, உட்துவார விளிம்பின் மிக அருகே விரலால் மெல்லிய திசுவைத் தொட்டு அறியலாம்; ஓரளவான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில், கழுத்தின் மூலம், பனிக்குடத்தைத் தொட்டுத் தெரியலாம். பரிசோதிக்கும் விரல், உட்துவார விளிம்பைத் தாண்டிப் போகக் கூடாது. ஏனெனில் நச்சுக் கொடி பிரிவதையும், குருதிப்பெருக்கையும், இது, துரிதப்படுத்தலாம்.

திட்டவட்டமாக நோய் நிர்ணயம் செய்ய, குருதிப்பெருக்கின் மற்ற காரணங்களையும் தெரிய, (புற்று நோய், தொங்கு கட்டி, நெளிவுச் சிரைகளின் கிழிசல், காயம்) குருதிப்பெருக்கு கொண்ட பெண்ணை, உள் காட்டி கொண்டு பரிசோதிக்க வேண்டும்.

சிறுநீர்பை வரைபடம், கொண்டு, சிலபோது, நோய் நிர்ணயம் செய்யப் படுகிறது. வறுபடுத்திக் காட்டும் ஊடகம், சிறுநீர் பையினுள் செலுத்தப்

படுகிறது. சிறுநீர் பையிலிருந்து, சிசுத் தலைக்கு உள்ள துரத்தை, எக்ஸ்கதிர் படம் மூலம் அளவிடலாம். இந்த துரம் கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில் அதிகமாக இருக்கிறது.

சிகிச்சை. கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்பட்டால் **கர்ப்பிணியை உடனடியாக மருத்து வமனையில் சேர்க்க வேண்டியது** அவசியமாகிறது. குருதிப்பெருக்கு நீடித்திராவிட்டாலும் அல்லது மிகையாக இல்லாமலிருந்தாலும், பெண், மருத்துவ மனையில், ஒரு டாக்டரின் மேற்பார்வையில் பிரசவிக்க வேண்டும்; ஏனெனில், குருதிப்பெருக்கு மீண்டும் தோன்றி, உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிக்கலாம்.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில் பல்வேறு மகப்பேறு செயல் முறைகளையும், மருத்துவமுறைகளையும் கையாள நேரிடும். ஒவ்வொரு குறிப்பிட்ட கேசுக்கும், அதற்கு மிகவும் பொருத்தமான முறையைக் கையாள வேண்டும். அப்போது கீழ்க்கண்ட அம்சங்களை நினைவில் கொள்ள வேண்டும். இழந்த இரத்தத்தின் அளவு, தோன்றிய சோகையின் தன்மை, பிரசவத்திற்கான பிறப்புப் பாதையின் தயார் நிலை, சிசுவின் நிலை (மூச்சுத்திணறல், உயிர்வாழ்வு). இந்த அம்சங்களைக் கவனத்தில் கொண்டு, சில பெண்களுக்கு அறுவையில்லா சிகிச்சை அளிக்க நேரிடும்; சிலருக்கு, சிசேரியன் முறை உட்பட்ட, அறுவை சிகிச்சை அளிக்க நேரிடும்.

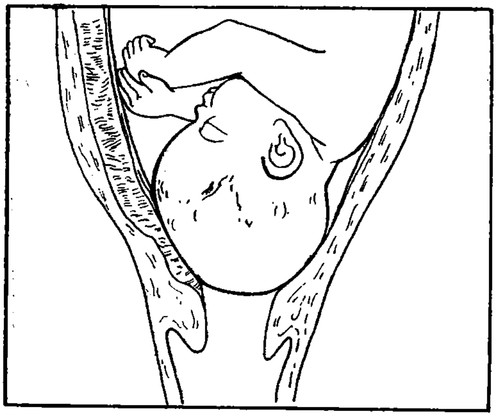
குருதிப்பெருக்கு குறைவாக இருந்தால் (சோகை உண்டாகாத நிலை) சாதாரண சிகிச்சை அளித்தாலே போதுமானது. கிடை ஓய்வு, மீண்டும் மீண்டும் குறைந்த அளவில் இரத்தம் ஏற்றுதல், வைட்டமின்கள் நிறைந்த உணவு ஆகியவை பரிந்துரைக்கப்படுகின்றன. கர்ப்பிணியின் நிலையைக் கவனிக்க வேண்டும்; அவளது நாடித் துடிப்பும், இரத்த அழுத்தமும் அளவிடப்பட வேண்டும்; யோனி வெளிப்பாடு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். குருதிப் பெருக்கு குறைவாக இருந்தாலும், நீண்ட நாள் நீடித்தால் சோகை நோய் உண்டாகிறது. இத்தகைய சோகை நோய் ஏற்பட்டிருக்கிறதா என இரத்தப்பரிசோதனை கொண்டு அறிய வேண்டும்.

குருதிப்பெருக்கு நீடித்து, ஹீமோகுளோபினின் அளவும், சிவப்பு அணுக்களின் எண்ணிக்கையும் குறைந்திருந்தால், அறுவைக்கொண்டு, பிரசவம் நடத்தப்பட வேண்டும். மிகையான குருதிப்பெருக்கு இருந்தால் உடனடியாக அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்.

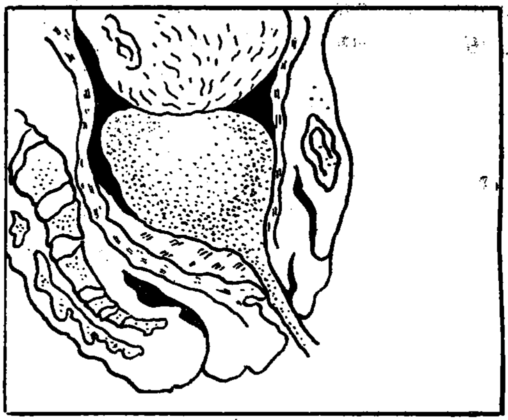
குருதிப்பெருக்கின் தீவிரம், நோயாளியின் நிலை, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் வகை ஆகியவற்றைப் பொறுத்து, கீழ்க்கண்ட அறுவை முறைகளில் ஒன்றைக் கையாள வேண்டும்.

சிசுவின் பனிக்குடத்தை உடைத்தல். ஓரமான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில், நீளவாட்ட உதயத்தின் போது 2—3 விரல் அகலமான கழுத்து விரிவின் போது, பனிக்குடத்தை உடைக்கப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இல்லாதிருந்து, வேறு பாதக அம்சங்களும் இல்லாதிருந்தால், பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியிலும் பனிக்குடத்தை துளையிலாம்.

பனிக்குடம் உடைந்த பின்னர், நச்சுக்கொடிப் பிரிவு நின்றவுடன், தலை கீழிறங்கி கூபகத்தின் உள் இறங்கி, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியை அமுக்கிறது. இதனால் குருதிப்பெருக்கும் நின்று விடுகிறது. (படம் 226) இனியும், பிரசவம் தானாகவே நிகழ்கிறது. மற்றும் பல அறுவை முறைகளுக்கு (மெட்ரியூரிசிஸ்,



படம் 226. பனிக்குடம் உடைந்த பின்னர், தலை, கூபகத்தின் கீழிறங்கி, கீழ்நிலை நச்சுக் கொடியையும், குருதிப் பெருக்கெடுக்கும் இரத்தநாளங்களையும் அமுக்குகிறது.



படம் 227. கீழ்நிலை நச்சுக் கொடி, மெட்ரியூரிண்டரால் அமுக்கப்படுகிறது

கிடுக்கி முறை இன்னபிற) முன்தயாரிப்பாக, பனிக்குடம் துளையிடப்படுகிறது.

மெட்ரியூரிசிஸ். பனிக்குடம் துளையிடப்பட்ட பின்னர் தொற்றற்ற பேரிக்காய் வடிவப்பை—மெட்ரியூரிண்டர் எனப்படுகிறது. (வூரிசன் பை) கருப்பையினுள் (சுருட்டிய நிலையில்) செலுத்தப்படுகிறது. ஒரு குழாயின் மூலம் பையினுள், உடலியங்கியல் உப்புக் கரையம் செலுத்தப்படுகிறது. பின்னர் குழாயில் ஒரு எடை (200—400 கி.) தொங்கவிடப்படுகிறது. விரிவாக்கப்பட்ட மெட்ரியூரிண்டர், தனது எடையால், நச்சுக்கொடியின் பிரிவடைந்த பகுதியை, கீழ் கருப்பைப் பகுதிக்கு தள்ளி, கருப்பையுள் அடைப்பானாக செயல்படுகிறது. (படம் 227) கருதிப்பெருக்கு நின்றுவிடுகிறது. கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைகிறது. விரிவடைவது போதுமானதாக இருந்தால், முதலில் மெட்ரியூரிண்டரையும், பின்னர் சிசுவையும் வெளியேற்றிவிடலாம். (மெட்ரோ என்றால் கிரேக்க மொழியில் கருரிபை; யூரினின் என்றால் மிரிவாக்கு என்று பொருள். கருப் பையைவரி வடையச் செய்யும் பையை மெட்ரியூரின்டர் என்கின்றனர். மொ—ர்.)

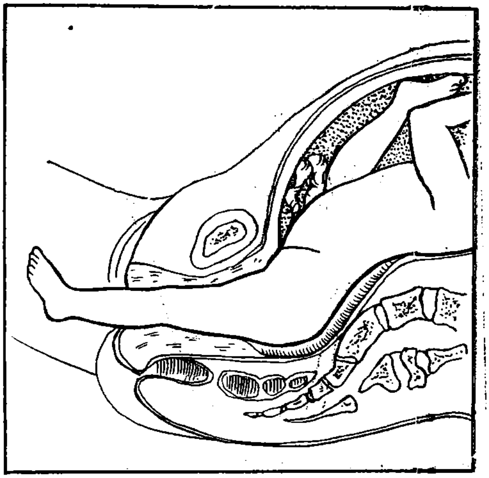
பனிக்குடத்தைத் துளையிட்ட பின்னரும், தலை கீழிறங்காமல், குருதிப் பெருக்கு ஏற்பட்டுக் கொண்டேயிருந்தால் பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியில் (அபூர்வமாக ஓரமான வகையுலும்) மெட்ரியூரிசசை பயன்படுத்துகின்றனர். இந்த நிலை, கீழ்நிலை நச்சுக் கொடியுடன் கருரிபை மந்தமும் ஏற்ரிபட்டால், உண்டாகிறது.

இருக்கி உதவியுடன் வெளிப்படல். ஓரமான, பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக் கொடியில், பனிக்குடம் துளை செய்யப்பட்ட பின்னரும் தலை கீழிறங்காவிடில், குருதிப்பெருக்கு நீடித்தால், மகப்பேறு இடுக்கியைப் பயவடுத்த வேண்டும். சிசுத்தலையில் ஒரு சருமமடிரிபை இடுக்கியால் பிடித்து, இடுக்கியின் கைப்படியில் ஒரு சறிய பளுவை (200—400 கி.) தொங்கவிட்டு சிசுவின்

தலையை கீழ்நோக்கி, கூபக வழியே, இழுக்க வேண்டும். நிலைபெற்ற தலை, நச்சுக்கொடியை கீழ்கருரிபைப் பகுதியை நோக்கியும், கூபகச்சுவர்களை நோக்கியும் அழுத்துவதால், குருதிப்பெருக்கு நின்று விடுகிறது. தலை நிலை பெற்றவுடன் குருதிப்பெருக்கு நின்றவுடன், இடுக்கி அகற்றப்படுகிறது. பிரசவம் தானாகவே தொடர்ந்து நடைபெறுகிறது.

கருப்பைக்கழுத்து அரைகுறையாக விரிவடைந்த போது, பாத சுழற்சி. (பிராக்ஸ்டன்—ஹீக்சன் திருப்பம்) கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைந்து 2—$2^1/_2$ விரல்களை மட்டும் நுழைக்க முடிந்தால், கடந்த காலத்தில், பிராக்ஸ்டன்—ஹீக்சன் சுழற்சி (திருப்பம்) முறை கையாளப்பட்டது. பிறப்புறுப்புப்பிளவிலிருந்து, சிசுவின் பாதம் முழங்கால் வரை வெளிப்படுத்தப்பட்டு, ஒரு சிறிய பளுவால் (200—400 கி.) இழுக்கப்படுவது. சிசுவின் கூபகம் கீழிறங்கி, நச்சுக் கொடியை, கீழ்கருப்பைப் பகுதிக்கும், கூபக எலும்புகளுக்கும் எதிராக அமுக்கி குருதிப்பெருக்கை நிறுத்துகிறது. (படம் 228) அரை குறையாக விரிவடைந்த கருரிபைக் கழுத்து நிலையில், தற்காலத்தில் அபூர்வமாகவே பிராக்ஸ்டன்—ஹிக்ஸ்திருப்பம், கையாளப்படுகிறது. (சிசு முதிர்ச்சியடையாமல் அல்லது இறந்துபட்டு இருந்தால்; மற்ற மகப்பேறு அறுவை முறைகள் சாத்தியமாகாவிடில்.) இந்த சிக்கலான செயல் முறையால், கருப்பைக்கழுத்து சேதமடையலாம். அல்லது சிசு, மரித்துப் பிறக்கலாம்.

மிகக்குறைவான முயற்சியால் கூட, கீழ்நிலை நச்சுகொடியில் கருப்பைக் கழுத்து கிழிந்துபடலாம். இதைத் தொடர்ந்து குருதிப்பெருக்கும் ஏற்படலாம். பாதத்தைக் கொண்டு இழுக்காமல் அல்லது முழுங்காலுக்கு மேல் காலை வெளிப்படுத்தாமல் மிகவும் கவனமாக சுழற்சி அல்லது திருப்பம் செய்யப்பட வேண்டும். காலைப் பிடித்து சிசுவை வெளியேற்றுவது தவறு இதனால். கருப்பைக் கழுத்து சேதமடையலாம்; குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம்.



படம் 228. சிசுவின் கூபகத்தால், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி அமுக்கப்படுகிறது (அரைகுறையாக விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்தில் பாதத் திருப்பம்).

சிசேரியன் அறுவை. கீழ்நிலை நச்சுக் கொடியின் போது வயிற்று வழி கருப்பைத் திறப்பது அவசியமாகும். மத்திய (முழுமையான), சிலபோது பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியின் போது, மிகுதியாக குருதிப்பெருக்கு இருக்கும் போது, அவசரக் கேசாக, இந்த அறுவை முறை கையாளப்படுகிறது.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடியுடன், தவறான உதயமும் இருந்தால் அல்லது ''வயது முதிர்ந்த'' தலைக்சூலியில், சிசேரியன் அறுவை முறையைக் கையாளலாம். (உயிருள்ள சிசு தேவை எனக் கருதினால்.)

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி கொண்ட நோயாளிகளுக்கு, பிரசவத்தின்போதும், பிரசவ பின் காலத்திலும், சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இரத்தம் செலுத்துதல், குளுகோஸ் கொண்ட உடலியங்கியல் உப்புக் கரையத்தைச் செலுத்துதல்; (சோகைக்கு சிகிச்சையாக) இருதயத்திற்கான மருந்துகள், ஆகியவை சிகிச்சையில் அடங்கும்.

கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி கொண்ட நோயாளிகளில், பிரசவ பின் காலம் சிக்கலுடனேயே இருக்கிறது. நச்சுக் கொடி கட்டம் நீடிக்கிறது. ஏனெனில் நச்சுகொடி கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் பொருந்தியுள்ளது. இதன் சுருக்கங்கள் அவ்வளவு முனைப்புடன் இருப்பதில்லை. நச்சுக்கொடி, ஓரளவு, ஒட்டியும் இருக்கலாம். அசாதாரணமாக நச்சுக்கொடி பிரிவது, குருதிப்பெருக்கை அதிகரித்து தாயை ஆபத்திற்குள்ளாக்குகிறது.

பெண்ணின் பொது உடல் நலம், அவளது நாடித்துடிப்பு, இரத்த அழுத்தம், அடிக்கடி கணிக்கப்பட வேண்டும். இழுக்கப்பட்ட இரத்தத்தின் அளவையும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். குருதி இழப்பு அனுமதிக்கப்பட்டதை விட அதிகமாக இருந்து, சோகை நோய் ஏற்ப்பட்டால், கை கொண்டு, நச்சுக்கொடியைப் பிரிக்க வேண்டும். நச்சுக்கொடியை அகற்றிய பின்னர், உட்காட்டி மூலம், கருப்பைக் கழுத்தைப் பரிசோதித்து, காணப்படும் கிழிசல்களுக்கு தையல் போட வேண்டும்.

பிரசவ பின் காலத்தில் தொற்றும் நோய்கள் உண்டாகலாம். ஏனெனில் நச்சுக்கொடி பொதிந்துஇடம் யோனிக்கு அருகே இருக்கிறது. குருதி இழப்பினால் பெண்ணின் எதிர்ப்பு சக்தி பாதிக்கப்படுகிறது. பிரசவித்த பெண்ணுக்கு கவனமான பராமரிப்பும், மேற்பார்வையும் அவசியமாகிறது. தேவையானால் பொதுப்படையான டானிக்குகளும், இரத்தம் ஏற்றுதலும் பரிந்துரைக்கப் படுகிறது. தொற்றும் நோய்களுக்கு உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும்.

முறையாகப் பதிந்த நச்சுக்கொடியின் உரிய காலத்திற்கு முன்னான பிரிவு

முறையான கர்ப்பத்திலும், பிரசவத்திலும், பிரசவத்தின் மூன்றாவது கட்டம் வரை, நச்சுக்கொடி, கருப்பையின் மேற்பகுதிச் சுவரில், பொருந்தியுள்ளது; சிசு வெளிப்பட்ட பின்னர் தான், நச்சுக்கொடி பிரியத்துவங்குகிறது. கருப்பை உள் அழுத்தம் குறைவதால், கருப்பையின் சுருக்கங்கள் துவங்குகின்றன.

சில நோயுக்கு முறையாகப் பதிந்த நச்சுக்கொடி, சிசுவின் வெளிப்படலுக்கு முன்னரே, பிரியத் துவங்கிறது. (உரிய காலத்திற்கு முன்னான பிரிவு) பொதுவாக, பிரசவத்தின் முதல் (விரிவடை) கட்டத்திலேயே, இது, நடைபெறுகிறது. இரண்டாவது கட்டத்திலோ, கர்ப்பத்தின் போதோ அபூர்வமாக நிகழ்கிறது.

நோய்க் காரணம்: உரிய காலத்திற்கு முன்பே நச்சுக்கொடி பிரிவதற்கான காரணத்துடன், இரத்த நாளக்கோளாறுகள் இணைந்துள்ளன. இவையாவன: கர்ப்ப கடைசி கால நச்சுநிலை, சிறுநீரக அழற்சி, இரத்த மிகு அழுத்தம், இருதய வியாதிகள், வைட்டமின்களின் பற்றாக்குறை. மேற்கூறிய கோளாறுகளின் விளைவுகளால் நச்சுக் கொடியில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், நச்சுக்கொடியில் குருதிப்பெருக்கை உண்டாக்குகின்றன. கருப்பைச் சுவருக்கும், நச்சுக்கொடிக்கும் இடையே உள்ள இடத்தில் இரத்தம் தேக்கமடைந்து,

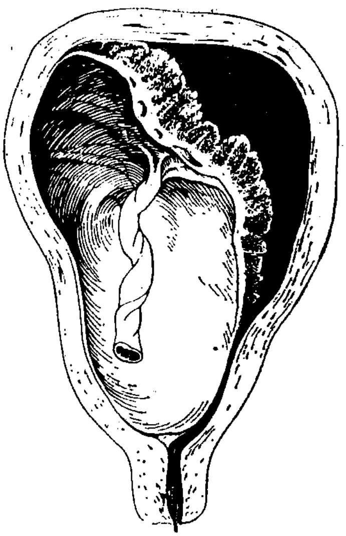
நச்சுக்கொடியின் பிரிவைத் துவக்குகிறது.

கர்ப்பத்திற்கு முந்திய வரலாற்றில்; எண் 9டாமெட்ரிய அழற்சி இருப்பவது, ஒரு முன்னிணக்க அம்சமாகும். பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டத்தில், நச்சுக்கொடி பிரிகிறது. ஏனெனில் சிசு வெளிபடும் போது, குட்டையான தொப்பூழ்கொடி, நச்சுக்கொடியை கீழ்நோக்கி இழுக்கிறது; அல்லது வலுவான, வெளிபட்ட படலங்கள், நச்சுக்கொடியை இழுக்கின்றன. இரட்டைப் பிரசவத்தில், முதல் சிசு வெளிப்பட்டவுடன், நச்சுக்கொடி, உரிய காலத்திற்கு முன்பே பிரியத் துவங்குகிறது.

உரிய காலத்திற்கு முன்னாக நச்சுக்கொடி பிரிவதற்கு, ஒரு அபூர்வமான காரணமாக, வயிற்றுக்கு ஏற்படும் காயங்களைக் குறிப்பிடலாம்.

நச்சுக்கொடி, முன்னதாகவே விரிவதால் ஏற்படும் கோளாறுகள்:—முன்னதாகவே பிரியும் நச்சுக்கொடிநிலையை, முழுமையான பிரிவு; ஓரளவான பிரிவு; என வகைப்படுத்தப்படுகிறது. பிரசவத்திற்கு முன்பே, நச்சுக்கொடி பிரிந்து விட்டால் அல்லது ஒரு சிறிய இடத்தில் மட்டும் பிரிந்தால், பெண்ணில் பிரமாதமான கோளாறுகள் ஏற்படுவதில்லை; கர்ப்பத்தைக் காப்பாற்றி விடலாம். நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்ட பின்னர் தான், உரிய காலத்திற்கு முன்பாகவே நச்சுகொடி பிரிந்து விட்டது என நிர்ணயிக்கப்படுகிறது; நச்சுக்கொடியின், தாயை நோக்கிய பரப்பில் உறைந்த ஒரு பழய குருதிக்கட்டி காணப்படுகிறது.

நச்சுக்கொடி பிரிவது முழுமையாகவோ அல்லது ஓரளவாகவோ (பெரிய பரப்பிலிருந்து) இருந்தால், கருப்பைச் சுவருக்கும் பிரிந்த நச்சுக்கொடிக்கும் இடையே உருவாகும் குருதிக்கட்டி,



படம் 229. சகஜமாகப் பொதிந்துள்ள நச்சுக்கொடி உரிய காலத்திற்கு முன்பே பிரிவது (குருதிப் பெருக்கு உள்ளேயும் வெளியேயும்).

நச்சுக்கொடி, இன்னும் பிரிவதை ஊக்குவிக்கிறது. (படம் 229) குருதிக்கட்டிப் பகுதியில் கருரிபைச் சுவர் துருத்துகிறது. குருதிப்பெருக்கு தொடர்வதால், இரத்தம், கருப்பைத் தசைகளுக்கிடையேயுள்ள இடத்தை ஊடுருவி, கருப்பையின் சீர உறையை அடைகிறது. நச்சுக்கொடி முன்னதாகவே பிரிவதுடன், கருப்பையுள் குருதிப்பெருக்கும் உண்டாகிறது. ஆனால், நச்சுக்கொடியின் பின்னே குருதிக்கட்டி உண்டாகும். போது, கருரிபைச் சுவருக்கும் படலங்களுக்கும் இடையேயுள்ள இடத்தில் கருரிபைக் கழுத்தை நோக்கி இரத்தம் வெளிப்படுகிறது. ஆகவே முன்னதாகவே பிரியும் நச்சுக்கொடியின் போது, வெளிப்புறமாகவும் குருதிப்பெருக்கு காணப்படுகிறது. நச்சுக்கொடிக்குப் பின் குருதிக்கட்டி இருந்த போதிலும், தீவிர சோகை இருந்த போதிலும்

யோனி வழி குருதிப்பெருக்கு குறைவாகவே இருக்கிறது.

முழுமையான, ஓரளவான, நச்சுக் கொடியின் பிரிவு தாய்க்கும், சேய்க்கும் ஆபத்தை விளைவிக்கிறது; கருப்பையின் மிகையான விரிவால் உண்டாகும் அதிர்ச்சியாலும், மிகையான குருதி இழபாலும், பெண் மரணமடையலாம். சிசு, முச்சுத்திணறலால் மரணமடைகிறது. நச்சுக்கொடியின் மூன்றில் ஒரு பகுதி பிரிந்தவுடனேனே, சிசுவுக்கு கடுந்துயரம் உண்டாகிறது. நச்சுக்கொடியின் பாதிப் பகுதி பிரிந்துவிடில், கருப்பையுட் சிசு விரைவில் மரணமடைகிறது. (முழுமையான பிரிவைப் பற்றி இங்கு குறிப்பிடத் தேவை இல்லை.)

முழுமையான அல்லது ஓரளவான நச்சுக்கொடியின் பிரிவின் மருத்துவ வெளிப்பாட்டு அறிகுறிகள் வருமாறு:

1) பெண்ணுக்கு, வலுவான, இடைவிடாத வயிற்றுவலி உண்டாகிறது; சருமமும், சிலேட்டுமமும் வெளிறிக் காணப்படுகிறது; மிகையான நாடித்துடிப்பு, இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. தலைச் சுற்றல், காதுகளில் இரைச்சல், வெளிப்புற குருதிப்பெருக்கால் ஏற்படும் சோகையின் மற்ற அறிகுறிகள் காணப்படுகின்றன.

2) நச்சுக்கொடியின் பின்னான குருதிக்கட்டியின் வளர்ச்சியால், கருப்பையுள் அழுத்தம் அதிகரிக்கிறது. இதனால் கருரிபைச் சுவர்கள் பெருமளவில் விரிவடைகின்றன. கருப்பை அளவில் பெரிதாகிறது. அதன் திண்மை உறுதியாகிறது. (மரக்கட்டை போன்று கடினமாக இருக்கலாம்) அதன் வடிவம் நீள வட்டமாகவோ, சீர்குலைந்தோ இருக்கிறது. முழுமையான நச்சுக்கொடி பிரிவின் போது, கருரிபை, சீரற்று இருக்கிறது .ஏனெனில் அதன் சுவரில் குருதிக் கட்டி, துருத்திக் கொண்டு இருக்கிறது. கருப்பையைத் தொட்டால் வலி உண்டாகிறது.

3) கருப்பைத் தசைகளின் விறைப்புத் தன்மையால், சிசுவின் சிறிய பகுதிகளைத் தொட்டுத் தெரிய முடிவதில்லை. சிசு இருதயத்தொனிகள் சீரற்று இருக்கின்றன; அல்லது மறைந்து விடுகின்றன. சிசுவின் அசைவுகள் இல்லை.

4) பெண் பிரசவத்தில் இருந்தால், சுருக்கங்களின் போதும், இடைவெளிகளின் போதும், சிசுப்படலங்கள் விறைப்புடன் உள்ளன.

பிறந்த பின்னர், உடனடியாக பிரிவுற்ற நச்சுக்கொடியும் வெளிப்படுத்தப்படுகிறது. நச்சுக்கொடியுடன், பெருமளவில் திரவ இரத்தமும், குருதி உறை கட்டிகளும் வெளிப்படுகின்றன.

மிகையாக விரிவடைந்த கருப்பை படிப்படியாக சுருங்குகிறது. பிரசவபின் கால சில மணி நேரங்களுக்கு, கருப்பையின் மந்த நிலையால், குருதிப்பெருக்கு தொடர்ந்து கொண்டே இருக்கிறது. இரத்தம் உறைவதில் கோளாறுகள் ஏற்படுவதால், நச்சுக்கொடி கட்டத்திலும், பிரசவபின் கால துவக்கத்திலும் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. (நச்சுக்கொடித் திசுவிலிருந்து ஊடுருவிச் செல்லும் பொருட்களால், இரத்தத்தின் உறைவுத் தன்மை குறைகிறது.

சிகிச்சை: உடனடியான மகப்பேறு உதவி தேவைப்படுகிறது. முன்னதாகவே பிரிவடையும் நச்சுப் பொருளின் சிகிச்சையில், கீழ்க்கண்டவை அடங்கும்.

1) முழுமையாக யோனி வழியாக வெளிப்படலைத் தூண்டுவது தவிர்க்கப்படல். 2) தீவிர சோகையையும், அதிர்ச்சயையும் மட்டுப்படுத்துதல்.

வெளிப்படும் வழியைத் தெரிந்தெடுப்பது, சோகையின் அளவு, மகப்

பேறு அறுவைக்கான சூழ்நிலைகள் ஆகியவற்றைப் பொறுத்துள்ளது.

கர்ப்பத்தின் போதோ அல்லது பிரசவ துவக்கத்தின் போதோ (விரிவடை நிலை), நச்சுக்கொடி பிரிவடைந்தால், சிசேரியன் அறுவை அவசியமாகிறது. ஏனெனில் இயற்கையான பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசுவை, துரிதமாக, வெளிக்கொணர முடியாது.

கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருந்தால், பனிக்குடம் துளையிடப்பட வேண்டும். சிசுவை திருப்பி (பாத வழி சுழற்சி), பிறப்புப் பாதையிலிருந்து வெளிக்கொணர வேண்டும். உடனடியாக, நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும்.

சிசுவின் தலை, கூபகக் குழிவை அடைந்து விட்டால், சிசுவும் உயிருடன் இருந்தால், மகப்பேறு இடுக்கியைக் கையாள வேண்டும். சிசு மரித்து விட்டால், கிரேனியாகிளாஸ்ட் உதவியுடன் தலையைத் துளையிட்டு, சிசுவைத் துரிதமாக வெளியேற்ற வண்டும்.

கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடையாவிடில், குருதிப்பெருக்கும் அதிகமாக இல்லாவிடில், தாயின் சேயின் நிலை சீராக இருந்தால், பனிக்குடத் உடைப்பட்ட பின்னர், நச்சுக்கொடி இன்னும் பிரிவது நின்று விடலாம். சுகப் பிரசவத்தில் முடியலாம். சுருக்கங்கள் வலுவுள்ளதாக இல்லாவிடில், மெட்ரியூரிசிசைப் பயன்படுத்தி, கருப்பச் சுருக்கங்களை ஊக்குவித்து, பிரசவத்தை துரிதப்படுத்த வேண்டும்.

மகப்பேறு உதவியுடன், குருதி இழப்புக்கும், அதிர்ச்சிக்கும் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். இதற்கு, இரத்தம் ஏற்றலும், குளுகோசுடன் உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்தை உட்செலுத்தலும் வேண்டும். பெண்ணுக்கு இருதய மருந்துகளும் கொடுத்து, அவளை வெப்பமாக வைத்திருத்தல் வேண்டும். செறிவடைந்த தேயிலை பானமோ, காபியோ கொடுக்க வேண்டும். பிரசவப்பின் கால முதல் சில மணி நேரங்களுக்கு பெண்ணின் நிலையை கவனித்து, கருப்பையைப் பரிசோதித்து, யோனியிலிருந்து வெளிப்பட்ட இரத்தத்தை அளவிட வேண்டும். கருப்பையின் மந்த நிலை தோன்றினால், கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கவும், குருதிப் பெருக்கை நிறுத்தவும் ஆவன செய்ய வேண்டும். (பிரிவு 25)

நச்சுக்கொடி, உரிய காலத்திற்கு முன்பே பிரிவதற்கான முன்னிணக்க நோய்களை, மகப்பேறு டாசடர் கண்டுபிடிக்க வண்டும். (கர்ப்ப கடைசி கால நச்சுநிலை, சிறுநீரகங்களின் நோய்கள் முதலியன.) பின்னர் பெண்ணை டாக்டரிடம் அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

சிரம்ப்பிரசவமும், பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்களின் அசாதாரணங் களும்.

சிரம்ப் பிரசவம் அல்லது டிஸ்டோசியா, பொதுவாக கருப்பையின் மந்த நிலையுடன் இணைந்தது. அபூர்வமான கேசுகளில் மிகவும் வலுவுடன் பிரசவம் நடக்கிறது. கருப்பையின் முதல் தர மந்த நிலை, இரண்டாந்தர மந்த நிலை என இரண்டு வகைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன.

முதல் தர மந்த நிலை. பிரசவத்தின் துவக்கத்திலிருந்தே வலுவற்ற சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. சுருக்கங்கள் பலவீனமாகவும் குறுகிய காலம் நீடித்தும் உள்ளன. ஆனால் இடைவெளிகள் நீண்டு இருக்கின்றன. அடிக்கடியான, ஆனால், வலுவற்ற சுருக்கங்கள் தோன்றலாம்.

இரண்டாந்தர மந்த நிலை. பிரசவம் நீடிக்கும் போது, கர்ப்பிணியின் சோர்வாலும், கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மை பலவீனமாக இருப்பதாலும் இது, நிகழ்கிறது. துவக்கத்தில் கருப்பைச் சுருக்கங்கள் வலுவுடன் சுருக்கின்றன.

கருப்பையின் முதல்தர மந்த நிலை:

கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கும் பொருட்களான ஈஸ்ட்ரோஜன், பிட்யூடரின், அசடைல் கோலின் போன்றவை இல்லாமையால் மந்த நிலை தோன்றுகிறது. நரம்பு மண்டலத்தின் மாறுபட்ட மணிகளுடன் இணைந்த, கருப்பையின் பிரதிவினை குறைந்த நிலையும் முக்கியமாகும். பொதுப்படையான பலவீன நிலைகள் மற்றும் நாளமில் சுரரிலிக் கோளாறுகள், மழலியம், பிறப்புறுப்புக்களின் விகார அமைப்பு (இருகொம்பு கருப்பை, ஒரு கொம்பு கருரிபை), கருரிபையின் மையோமா, கொழுத்த உடல் நிலை ஆகியவத்தில் முதல் தர கருப்பை மந்த நிலை தோன்றுகிறது.

முந்தைய கால கருச்சிதைவுகள், பிறப்புறுப்புக்களின் அழற்சி நோய்கள் ஆகியவையும் கருப்பையின் மந்த நிலைக்குக் காரணமாக இருக்கலாம். ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம், மிகு நீர்ப் பனிக்குடம் ஆகியவற்றில் கருப்பை மிகையாக விரிவடைந்திருப்பதும் கருப்பையின் வலுவில்லாத சுருக்கங்களுக்குக் காரணமாக இருக்கலாம். அம்னியான், கருப்பைக் கழுத்தின் நரம்பிழைகளைத் தூண்டி, கருரிபைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கும், பனிநீர் முன் கூட்டியே வெளிப்பட்டு, இல்லாமல் போவதால், கருப்பை மந்த நிலை தோன்றுகிறது.

முதல் தர கருப்பை மந்த நிலை, பிரசவத்தின் இரண்டாவது கட்டம் வரை நீடித்து, வயிற்றுச் சுருக்கங்களின் பலவீனத்துக்கு காரணமாக அமைகிறது. ஆகவே, பிரசவம் நீண்ட நேரம் நீடிக்கிறது. பிரசவத்தின் போதும், பிரசவபின் காலத்திலும் சிசுவின் மூச்சுத்திண

றல், நச்சுக்கொடிக் கட்டத்திலும், பிரசவ பின்காலத் துவக்கத்திலும் தோன்றும் குருதிப்பெருக்கு, நச்சுக்கொடி அல்லது அதன் சில பகுதியில் கருப்பையில் பின் தங்கி விடுவது போன்ற சிக்கல்கள் அடிக்கடி தோன்றுகின்றன. முன் கூட்டியே வெளிப்படும் பனிநீர் பின்னணியில் தோன்றும் கருப்பையின் மந்த நிலையின் போது பிரசவ எண்டோமெட்ரிய அழற்சியும், கருப்பைப் பாதிப்புடன் பிரசவ பின் கால வியாதிகளும் உண்டாகின்றன.

சிகிச்சை. முதல் தர மந்த நிலையைச் சமாளிப்பது மிகவும் சிரமமாகும். முடிந்தால், முதலில் கருரிபையின் மந்த நிலைக்கான காரணத்தைக் கண்டு பிடிக்க வேண்டும். அதற்குரிய சிகிச்சையை அளிக்க வேண்டும்.

பிரசவத்தை நடத்தும் முறையை தெரிந்தெடுக்கும் போது அம்னியானின் நிலை மிகவும் முக்கியமானது. அம்னிய திரவம் வெளிப்படாவிடில், சிகிச்சை எளிதாகவே இருக்கும். அம்னிய திரவம் வெளிப்பட்டால் கூட, நோயாளிக்கு அறுவை இல்லாமல் சிகிச்சை அளிக்கலாம். எனினும் வயிற்று வழி பிரசவத்திற்கான சூழ்நிலைகள் உருவாகலாம்.

கருப்பை மந்த நிலையைச் சமாளிக்க வழக்கமான உதவி முறைகள் கலோரிகள் நிறைந்த உணவு, தேயிலை, காபி, பழச்சாறு, உரிய காலத்தில் மூத்திரத்தையும் மலத்தையும் வெளியேற்றல் மிகவும் முக்கியத்துவம் வாய்ந்தவை. கர்ப்பிணிக்குச் சாதகமான உளஞ்ர்ந்த சூழ்நிலைகளும் (பயத்தையும், மன உளைச்சலை உண்டாக்கும் அம்சங்களையும் அகற்றுதல்) இருக்க வேண்டும். பனிக்குடம் உடையாமல் இருந்தால், கர்ப்பிணியை எழுந்து நடமாடச் செய்யலாம். சுருக்கங்கள் முனைப்புடன் இல்லையெனில் மருந்துகள் கொடுத்து, கருப்பையைச் சுருங்கச் செய்யலாம். தூண்டல் மருந்துகள், கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவித்து, பிரசவத்தை சகஜமடையச் செய்கிறது. ஆனால் கருப்பைச் சுருக்கத்தைத் தூண்டிய பின்னர், கர்ப்பிணி சோர்வடைகிறாள்; சுருக்கங்கள் பலவீனமடைகின்றன. உடனடியாக பிரசவம் நடக்க வேண்டும் என்ற அவசியம் இல்லையெனில் கர்ப்பிணிக்கு பல மணி நேரங்கள் ஓய்வு கொடுக்க வேண்டும்.

பெருமளவில் அசதி இருந்தால், கர்ப்பிணிக்கு, சரும அடி ஊசியாக புரோமடால் (1 மி.லி. 2% கரையம்) அல்லது பேண்டோபான் (1% கரையம் 1 மி.லி. கொடுக்கப்பட வேண்டும். ஊசிபோட்ட பின்னர், கர்ப்பிணிக்கு பல மணி நேரங்கள் ஓய்வு கொடுத்தால், கருப்பைச் சுருக்கங்கள் முனைப்படைகின்றன. கருப்பையின் விரிவடைந்த நிலையால் (ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட பிரசவம், மிகு நீர் பனிக்குடம்) கருப்பை மந்தநிலை தோன்றினால், கருப்பைக் கழுத்தை விரிவடையச் செய்து அம்னியான துளைக்க வேண்டும். (கருப்பைக் கழுத்து விரிவு 2—3 விரல்கள்.) அம்னியாடிக் திரவம் வெளிப்பட்ட பின்னர், கருப்பையின் மிகையான விரிவடைவு மறைகிறது. அதன் சுவர்கள் பருமனடைகின்றன. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் முனைப்படைகின்றன.

பல்வேறு முறைகளால் கருப்பைச் சுருக்கங்களைத் தூண்டலாம். பின் வரும் திட்டங்கள் கையாளப்படுகின்றன.

திடம் ஒன்று (குர்டினாவ்ஸ்கி; ஷ்தீன்).

குடிப்பதற்கு விளக்கெண்ணை 50—60 கி.; இரண்டு மணி நேரங்களில் ஒரு சுத்திகரிப்பு இனிமா; இனிமாவுக்குப்

பின்னர் 30 நிமிட இடைவெளிகளில் 0.2கி. குவினின் 6 தடவைகள்; குவினினின் 3வது 4வது 5வது 6வது அலகுகளின் 15 நிமிடங்களுக்குப் பிறகு பிட்யூடரின் ஊசிகள் (சரும அடியாக, 0.25 மி.லி. 4 தடவைகள்) கொருக்கப்படுகின்றன.

பனிக்குடம் உடையாமலிருந்தால், ஃபாலிக்குலின் அல்லது சைனஸ்டிரால் 40,000—50,000 அலகுகளில் தசை ஊசியாக, பிரசவத்தின் துவக்கத்தில் கொடுக்கலாம். சைனஸ்டிராலும், ஃபாலிக்குலினும், குவினின், மற்றும் பிட்யூட்டரின், போன்ற மற்றும் பல கருப்பைத்தூண்டல் மருந்துகளின் கருப்பைக்கான கூருணர்வை அதிகரிக்கின்றன. ஃபாலிக்குலின் கொடுத்த ஒரு மணி நேரத்தில் விளக்கெண்ணையைக் கொடுத்து சுத்திகரிப்பு இனிமா, குவினின், பிட்யூட்டரின் ஆகியவற்றை (குறிப்பிட்ட அலகுகளில்) கொடுக்க வேண்டும்.

திட்டம் இரண்டு. (ஏ.பி. நிகோலேவ்) குடிப்பதற்கு விளக்கெண்ணை 60 கி. ஒரு மணி நேரங்கழித்து, குவினின் 30 நிமிட இடைவெளியில் 0.2 கி. அலகில் ஐந்து தடவை; குவினினின் 5வது அலகிற்குப் பின்னர், சுத்திகரிப்பு இனிமா, அதைத் தொடர்ந்து, சிரை வழியாக 40% குளுகோஸ் கரையம் 50 மி.லி. 10% கால்சியம் குளோரைடு 10மி.லி. கொடுக்கப்பட வேண்டும். இத்துடனே, தசை ஊசியாக வைட்டமின் $பி_1$ (60 மி.கி.) கொடுக்க வேண்டும்.

திட்டம் மூன்று: (வி.என். கிமெலெவ்ஸ்கி.) 50கி. குளுகோஸ், 2கி. கால்சியம் குளோரைடு, 0.5கி. அஸ்ககர்பிக் அமிமல், 0.03கி. வைட்டமின் $பி_1$, நீர்த்த ஹைட்ரோகுளோரிக் அமிலம் 10 சொட்டுகள் ஆகியவட்ற்றை 150 மி.லி. தண்ணீரில் கலந்து. ஒரே அலகில், குடிப்பதற்குக் கொடுக்க வேண்டும். மீண்டும் மூன்று மணி நேரங்கள் கழித்து இந்தக் கலவையைக் கொடுக்க வேண்டும்.

சமீப காலங்களில் ஆக்ஸிடோசினையும், புராஸ்டாகிளாண்டினையும் கருப்பைத் தூண்டலிகளாகப் பயன்படுத்துகிறார்கள்.

ஆக்ஸிடோசனை குளுகோஸ் கரையத்துடன் சேர்த்து சிரை வழியாக் கொடுக்க வேண்டும். (5% குளுகோஸ் கரையம் 500 மி.லி. 5—10 யூனிட்டுகள் ஆக்ஸிடோசின்.)

புரோசெரினை, அட்ரபின் ஹைட்ரோகுளோரைடுடன் சேர்த்துக் கொடுக்கலாம். புரோசெரைன் (0.003 கி.) அட்ரோபின் (0.002கி.) இரண்டையும் சேர்த்துப் பவுடராக ஒரு மணி நேர இடைவெளியில் தினமும் 4—5 தடவைகள். பேசிகார்பைன் (3—5 மி.லி. 3% கரையமாக தசை ஊசியாக) புரோஸ்டாசிளாண்டின்களும், மற்றும் பல தூண்டலிகளும் கொடுக்கப்படுகின்றன.

இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை.

சகஜமான, திருப்திகரமான கருப்பைச் சுருக்கங்களைத் தொடர்ந்து, விரிவு கட்டத்தின் முடிவில் அல்லது பிரசவத்தின் இரண்டாவது (வெளியேற்று) கட்டத்தின் போது, இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை உருவாகிறது. இதற்கு பல்வேறு காரணங்கள் உள்ளன. நோயூக்கு நிகழ்வுகளும், முதல் தர கருரிபை மந்த நிலையை உண்டாக்கும் சில நிலைகளும், (பொது உடல் நிலைகள், மகளிர் நோய்கள், மழலியம் இன்னபிற) காரணங்களாக அமையலாம். கருப்பையின் சுருங்கும் திறன் பலவீனமடைந்து, கர்ப்பிணியும்

சோர்வடைந்து, பிரசவம் நீடிக்கும் போது, இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை தோன்றுகிறது. குறுகலான கூபகம் மற்றும் பெரிய சிசு, தவறான உதயங்கள், விறைப்பான உட்துவாரம், தளும்புகளால் குறுகலடைந்த யோனி, அல்லது காலந்தாழ்த்தி உடைந்த பனிக்குடம் ஆகிய நிலைகளில் நீடித்த பிரசவமும், இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலையும் உண்டாகின்றன. மூத்திரத்தால் நிறைந்திருக்கும் சிறுநீர்பையும், மலச்சிக்கலுடன் கூடிய மலக்குடலும் மந்த நிலையை பிரதிபலிக்கின்றன.

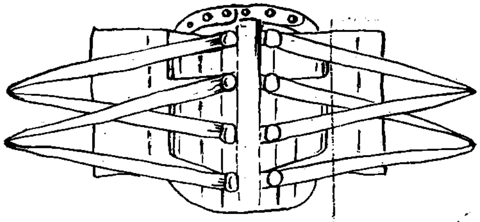
அம்னியா திரவம் வெளிப்பட்ட பின்னர் இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை உண்டாகிறது. ஆகவே இதைத் தொடர்ந்து, கருப்பை உள் நோய் தொற்றும், சிசுவின் மூச்சுத்திணறலும் உண்டாகின்றன. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் பலவீனமடைந்த பின் அல்லது நின்றவுடன், பிறப்புப் பாதையின் இளந்திசுக்கள் மற்றும் சிறுநீர் பை, சிறுநீர் புறவழி, மலக்குடல் ஆகியவை சிசுத்தலைக்கும் கூபகத்திற்கும் இடையே, நசுக்கப்படுகின்றன. நீண்ட நேரமான நசுக்கல், இரத்த ஓட்டத்தைப் பாதிக்கிறது. திசுக்களும் நசிவடைகின்றன. இதன் விளைவாக மூத்திரப்பை—யோனி அல்லது மலக்குடல்—யோனி புரை தோன்றுகின்றன.

பணிசார்ந்த இரண்டாம் நிலை சிரம பிரசவத்தின் போது சிசுவையும் கர்ப்பிணியும் நன்கு கவனிக்க வேண்டும். (நோய் தொற்றின் அறிகுறிகள், பிறப்புப்பாதையின் இளந்திசுக்கள் நசுக்கப்படுவது) சிசுத் திணறலை கட்டுப்படுத்தவும், கருரிபைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்கவும் வழிகளை மேற்க்கொள்ள வேண்டும்.

பனிக்குடம் தாமதமாக உடைவதால் கருப்பை மந்த நிலை தோன்றினால், பனிக்குடத்தைத் துளையிட வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்தவுடன், சிசுவின் தலை நிலை பெற்றவுடன் 1மி.லி. பிட்யூடரின் அல்லது 0.25 மி.லி. ஆக்ஸிடோசின், ரும் அடி ஊசியாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். இதனால் கருரிபைச் சுருக்கங்கள் தூண்டப்படுகின்றன. எனினும் இத்தகைய கவனத்துடன் கொடுக்க வேண்டும். ஏனெனில் சிலபோது, இவை வலுவான சுருக்கங்களைத் தோற்றுவித்து, சிசுத்திணறலை உண்டாக்குகின்றன. ஆகவே, கர்ப்பிணிக்கு இத்தகைய மருந்துகளைக் கொடுக்கும் போது மகப்பேறு இடுக்கியும், கத்தரிக்கோலும் தயாராக இருக்க வேண்டும். தேவை இருந்தால் விடபத்துளை செய்ய நேரிடும். கருப்பைக் கழுத்தின் விரிவு முழுமையாக இல்லாவிடில், கூபக நுழைவாயிலின் மேல் உயரத்தில் சிசுத்தலை இருந்தால், கருப்பையின் கீழ்பகுதி விரிவடைந்திருந்தால், பிட்யூடரினோ அல்லது ஆக்ஸிடோசினோ கொடுக்கப்படக் கூடாது. ஏனெனில், கருரிபைச் சுருக்கங்கள் திடீரென்று துரிதமடைந்தால், மெல்லியதான கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி அல்லது கருப்பைக் கழுத்து கிழிந்து படலாம்.

தலை நிலை பெற்றுவிட்டால், அல்லது கூபக வெளிவாயிலுக்கு இறங்கிவிட்டால் அல்லது பிட்யூடரின் கொடுப்பதற்கு பாதக அம்சங்கள் (இரத்த மிகு அழுத்தம்) இருந்தால், கர்ப்பிணியின் பிரசவத்தை இடுக்கி கொண்டு, நிறைவு செய்ய வேண்டும்.

விறைப்பான விடபத்தால், பிரசவ காலம் நீடித்துவிடில், விடபத்துளை அவசியம் செய்தாக வேண்டும். சிசுவின் தலை உயரத்தில் இருந்தால், தாயின் சேயின் நிலை அனுமதித்தால், கருப்பையின் சுருங்கும் தன்மையை, இனிப்பான தேயிலை அல்லது காபி, பழரசம்,



படம் 230. வெர்போவின் கட்டு

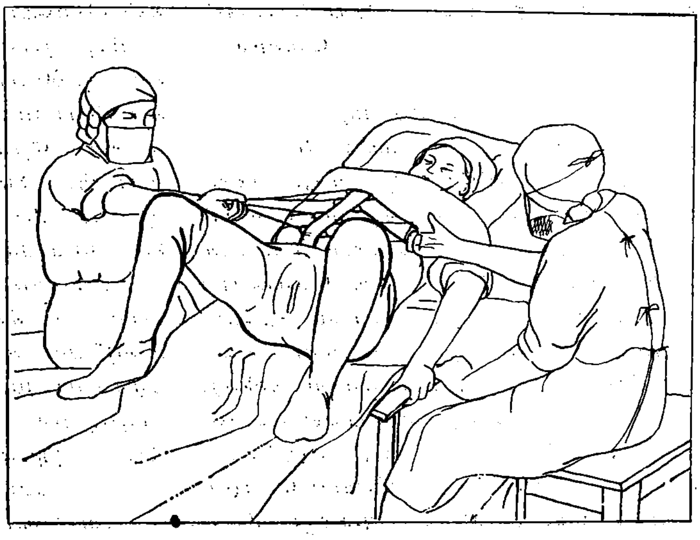
50 மி.லி. 40% குளுகோஸ் கரையம், 10 மி.லி. கால்சியம் குளோரைடு உதவியுடன், ஊக்குவிக்கலாம். கடைசி இரண்டு பொருட்களும் சிரை வழியாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். குவினினை (பல அலகுகளில்) மாத்திரையாகக் கொடுக்க வேண்டும்.

கர்ப்பிணி சோர்வடைந்தால், துரிதமாக பிரசவம் உண்டாக வாய்ப்புகள் இல்லையெனில் கர்ப்பிணிக்கு ஓய்வு கொடுக்க வேண்டும். தனிமையான அறையில் வைக்கப்பட வேண்டும். புரோமிடலோ, பேண்டோபானோ கொடுக்கப்படலாம். ஓய்வின் பின்னர், கருப்பைச் சுருக்கங்கள் துரிதமடைகின்றன. விளைவு எதிர்பார்ப்பின்படி இல்லையெனில், கருப்பைச் சுருக்கங்களை தூண்டி விட வேண்டும்.

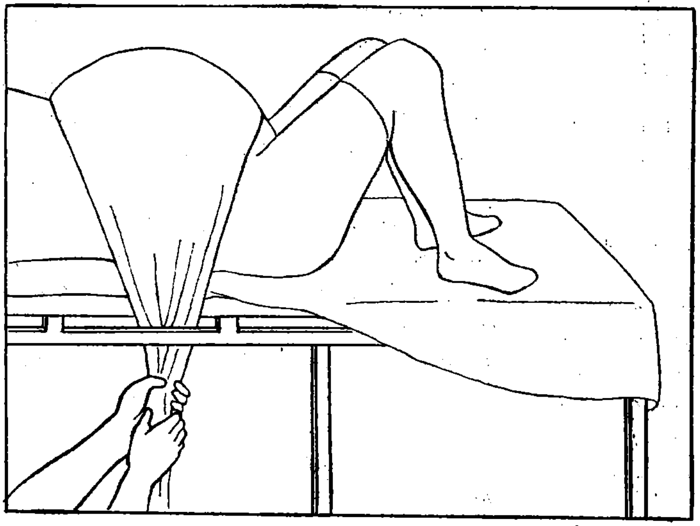
கருப்பை மந்தத்தை அகற்ற, உரிய காலத்தில் மல ஜலம் கழிக்க வேண்டும்.

சிரம பிரசவமும், நீடித்த வெளியேறு கட்டமும், முக்குதசைகளின் கோளாறுகளுடன் இணைந்திருக்கலாம். தளர்ந்த வயிற்றுத்தசைகள், தொங்கிய வயிறு, கொழுத்த உடல், வெள்ளைக் கோட்டின் பிதுக்கம், வயிற்றுச் சுவர்களின் மற்ற கோளாறுகள் ஆகியவை பிரசவ முயற்சியின் மந்த நிலைக்குக் காரணங்களாக இருக்கின்றன. இத்தகையை கேசுகளில் வெர்போவின் கட்டை உபயோகிக்க வேண்டும். (படம் 230) மகப்பேறு டாக்டர் ஒருவரும், அவரது உதவியாளரும் கர்ப்பிணியின் பக்கத்தில் நின்று கொள்ள வேண்டும். வயிற்று முக்குதசையின் பலவீனத்தை ஈடு செய்ய, கருப்பைச் சுருக்கங்களின் போது துணிக்கட்டை இழுக்க வேண்டும் (படம் 231).

துணிக்கட்டுப் பதிலாக, ஒரு அகலமான துண்டையோ, அல்லது படுக்கை



படம் 231. வெர்போவின் கட்டைப் பயன் படுத்தல்



படம் 232. வெர்போவின் கட்டுக்குப் பதிலாக அகலமான துண்டை உபயோகித்தல்.

விரிப்பையோ பயன்படுத்தலாம். (படம் 232).

விட்டு விட்டு வரும் பிரசவம்.

கருரிபையின் மேற்பகுதிக்குப் பதிலாக, கீழ்ப்பகுதியில் சுருக்கங்கள் துவங்கலாம். முறையான வலியுள்ள சுருக்கங்கள் தோன்றினாலும் தோன்றாவிட்டாலும், கருப்பைக் கழுத்து மெதுவாக விரிவடைகிறது. தோன்றும் பகுதி வெளிப்படுவதில் காலதாமதம் ஏற்படுகிறது. கருரிபையின் மந்த நிலையிலிருந்து, விட்டு விட்டு தோன்றும் பிரசவத்தைப் பிரித்தறிய மருத்துவ வெளிப்பாடுகளும், கருப்பை வரைபடமும் உதவுகின்றன. விட்டு விட்டுத் தோன்றும் பிரசவத்தின் போது, கருப்பை தூண்டலிகளைப் பயன்படுத்தக் கூடாது. அமைதியூட்டிகள் (எ.கா.டிரையாக்சின்), சுருக்க எதிர் மருந்துகள் (அக்டோசைன் 2மி.லி. 2% கரையம்), கருப்பைக் கழுத்தை விரிவடையச் செய்ய கொடுக்கப்படலாம். லைடேஸ் அல்லது புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு ஊசி மருந்துகளை கருப்பை கழுத்தினுட் செலுத்துவது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

அவசரப் பிரசவம். கருப்பை மந்த நிலையை விட, மிகையான வலுவான சுருக்கங்கள் அபூர்வமாகவே தோன்றுகின்றன.

கிளர்த்தப்பட்ட நரம்பு மண்டலம் கொண்ட பெண்கள், துருத்திய கண்கள் கொண்ட தைராய்டு நோயாளிகள், நரம்பு—நாளமில் சுரப்பி நோளாளர்கள் ஆகியோரில், சிறிய இடைவெளிகளுடன் பலமான, வலியுடன் கூடிய சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. குறுகலான கூபகம், சிசுவின் தவறான உதயம் ஆகிய, பிறப்புப்பாதையின் வழியாக சிசு வெளியேறுவதைத் தடை செய்யும் அம்சங்கள் இருக்கும் போதும், பலமான சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. அதிதீவிர சுருக்கங்களின் விளைவால், கருப்பை கிழிந்துபடலாம். மிகையான வலுவுள்ள பிரசவத்துவக்கத்தால், சில போது இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை உண்டாகிறது.

கபால கூபக முரண்பாடுகள் இல்லை

யெனில், மிகையான வலுவுள்ள சுருக்கங்களால், அவசரப்பிரசவம் தோன்றுகிறது. இது, ஒன்று முதல் மூன்று மணி நேரங்களே நீடிக்கிறது. ஆகவே இவை, மருத்துவமனைக்கு வெளியே தோன்றுகின்றன. (வீட்டில், அல்லது மருத்துவமனைக்குப் போகும் வழியில்.)

மருத்துவமனைக்கு வெளியேயான அவசரப்பிரசவம், சிசுவின் மூச்சுத்திணறலில் முடிகிறது. ஏனெனில் கருப்பையின் வலுவான சுருக்கங்கள், சகஜமான நச்சுக்கொடி இரத்த ஓட்டத்தைத் தடை செய்கின்றன. பிறப்புப் பாதை வழியாக துரிதமாக சிசுத்தலை வெளிப்படும் போது, உட்கபாலக் காயங்கள் உண்டாகின்றன.

மிகையான வலுவான பிரசவத்தின் போதுக, கர்ப்பிணியை ஒரு பக்கமாகச் சாய்த்து படுக்க வைக்க வேண்டும். பாண்டோபான் (1 மி.லி. 2% கரையம்) அல்லது மார்ஃபீன் (1 மி.லி. 1% கரையம்) சரும அடி ஊசியாக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிசுவின் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க வழிகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். கருப்பையின் கிழிசலை (பிரிவு 26) உண்டாக்கும், முரட்டுத்தனமான சுருக்கங்களின் போது, ஈதர் கொண்டு உணர்வகற்ற வேண்டும். அவசரப் பிரசவத்தின் பின்னர், விடபம், யோனி, கருப்பைக் கழுத்து ஆகியவை நன்கு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். ஏற்பட்ட கிழிசல்களைக் கண்டு பிடிக்க வேண்டும்.

கூபக் இனந்திசுக்க்ளின் அசாதாரணங்க்ள்

கருப்பைக் கழுத்து மற்றும் யோனி, விடபம் ஆகியவற்றில் உண்டாகும் சில மாற்றங்களால், சகஜமான பிரசலம் பாக்திகப்படுகிறது. கருப்யைக் கழுத்திலும் யோனியிலும் காணப்படும் தளும்புத்திசுக்கள், சிசு வெளிப்படுவதற்கு இடையூதாக இருக்கின்றன.

கருப்பை கழுத்தில் மாற்றங்க அசாதாரண பிரசரத்தின் போது (அறுவை முறையின் போது) பெரும்பாலும் கருப்பைக் கழுத்தில் பிளிறிய காயங்கள் காணப்படுகின்றன. தையல் போடப்படாத காயங்கள் சீரடையும் போதுஉண்டாகும் தளும்புகள், பிரசவத்தின் போது, கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைவதைத் தடை செய்கின்றன. கருப்பைக் கழுத்தின் மீதான பிளாஸ்டிக் அறுவையின் போதும், பொசுக்கும் போதும் தளும்புகள் உண்டாகின்றன. தழும்புகள் கொண்ட கழுத்து, மெதுவாகவே விரிவடைகின்றன. கருப்பைச் சுருங்கங்கள், அடிக்கடி வலியுடன் உண்டாகின்றன. தளும்பு மாற்றங்கள் அதிகம் இல்லையெனில், தானாகாவ கழுத்து, மெதுவாக, விரிவடைகிறது. அதே போது காயத்தளும்புகளால் குறுகலடைந்த கருரிபைக் கழுத்து, விரிவடைவதைத் தடுத்து, பிரசவத்தைத் தடை செய்கிறது. இந்த நிலையில் கழுத்துத் துவாரத்தைக் கீறி விரிவடையச் செய்ய நேரிடும். கீறல்களுக்கு, பிரசவம் முடிந்தவுடன் தையல் போட்டு சீர் செய்ய வேண்டும்.

கருப்பைக் கழுத்தின் விறைப்புத் தன்மை. கருப்பைக் கழுத்தி விறைப்புத்தன்மை, குறிப்பாக ''துழுதிர்ந்த'' தலைச்சூலிகளில், காணப்பாடாத ஒன்றல்ல. கருப்பைக் கழுத்தின் முந்தைய அழற்சி நோய்களாலும் பெண்களில், கழுத்தின் விறைப்புத் தன்மை தோன்றலாம்.

நெகிழ்வுத்தன்மை இழப்பும், விரிவடைவதற்கான மிகையான எதிர்ப்பும், கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைவதைத் தடை செய்து பிரசவத்திற்கு ஊறுவிளைவிக்கிறது. கருப்பைக் கழுத்து சிர

மத்துடன் விரிவடையும் போது, கருப்பைச் சுருக்கங்களின் விகிதமும் வலியும் மிகையாகவே இருக்கின்றன. விரிவடைவது மிகவும் மெதுவாக இருக்கிறது. துவாரவிளிம்புகள் திண்மையாக உள்ளன. விரிவடையச் செய்யும் விரல்களுக்கு. எதிர்ப்பு, காணப்படுகிறது.

விறைப்பான கருப்பைக் கழுத்து, விரல்களால் விரிவடையச் செய்யப்பட வேண்டும்; அல்லது (பனிநீர் வெளிப்பட்டு விட்டால்) மெட்ரியூரிண்டரைப் பயன்படுத்த வேண்டும். இந்த முறைகள் பலனளிக்காவிடில், பக்கவாட்டுக் கீறல்கள் போடப்பட வேண்டும்.

கருப்பைக் கழுத்து துவாரத்தின் விறைப்புத் தன்மையும், திண்மை நிலையும், கழுத்தின் வட்டத்தசைகளின் விறைப்பு நிலையைப் பொறுத்துள்ளது. பெல்லடோனா (0.02கி.) கொண்ட உள்வைப்பு குளிகைகளை, மலக்குடலினுட் செலுத்தி உணர்வு நீக்கம் செய்யலாம்.

கருப்பைக் கழுத்தினுள் புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடை(05% கரையம்) செலுத்தினால், கழுத்துச் சுருக்கங்கள் வெற்றிகரமாக அகற்றப்படுகின்றன. பருமனான கருப்பைக் கழுத்துத் திசுவினுள் 5—6 இடங்களில், கரையத்தை, ஊசி மூலம் உட்செலுத்தலாம் மொத்த அலகு 50—60 மி.லி.

சிறிய பிரிதிரைகளும், தளும்புகளும், பிரசவித்தின் போது தாமாகவே விரிவடைந்து, சிசுவும், நச்சுக்கொடியும் வெளியேற்றப்படுவதைத் தடை செய்வதில்லை. தளும்புகள் மிகையாக இருந்தால், சிசேரியன் அறுவை அவசியமாகிறது. சிசு வெளிப்படுவதற்கு இடையூறாக உள்ள பிரிதிரைகளை, அறுவை மூலம் அகற்ற வேண்டும்.

விறைப்பான விடபம், (''வயது முதிர்ந்த'' தலைச்சூலிகளில் காணப்படுகிறது.) சிலபோது, பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசுவின் தலை வெளிப்படுவதைத் தடை செய்கிறது. திண்மையான விடபத்திசு, திரமத்துடன் விரிவடைகிறது; தலை மகுடமடைவதைத் தடை செய்கிறது; பிரசவம் தடைபடுகிறது; சிசுவுக்கு திணறல் ஏற்படும் அபாயம் உண்டாகிறது. நெகிழ்வுத் தன்மையையும், விரிவடையும் தன்மையயும் இழந்த விடபத்திசுக்களுக்கு. கிழிந்துபடும் அபாயம் உண்டு. விறைப்பான விடபம் சகஜ பிரசவத்திற்கு இமையூறு விளைவித்தல், அதை அறுவை செய்து சீர் செய்ய வேண்டும். விடபம் கிழிந்து படும் அபாயம் இருந்தால், சிசுவின் இருதய தொனிகள் மந்தமாகக் கேட்கப்பட்டால், விடப அறுவை அவசியமாகிறது.

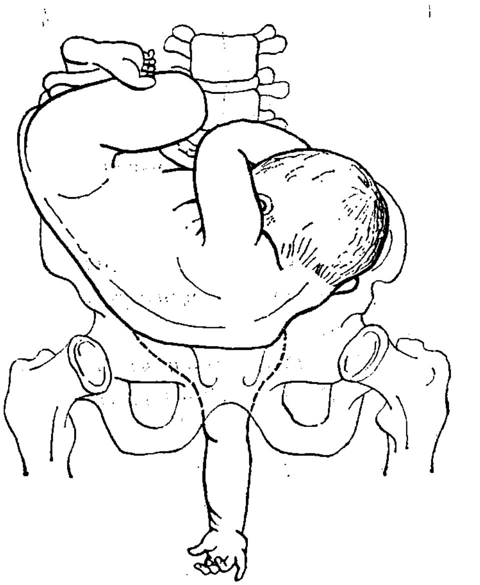
குறுக்கான, சாய்வான உதயங்கள். கால்கள், கைகள், தொப்பூழ் கொடி ஆகியவற்றின் பிதுக்கங்கள்.

பிரசவத்தின் போது சிசுவின் உதயத்தில், சிசு உடலினி நீள இருசு, கருப்பையின் நீள இருசுடன் நேர் கோணமாக இருந்தால், அந்தத் தோற்றம் குறுக்குத் தோற்றம் எனப்படுகிறது. சாய்வுத் தோற்றத்தில், தாய், சேய் உடலின் நீள இருசுகள், ஒன்றோடொன்று குறுகிய கோணத்தில் வெட்டுகிறது. குறுக்கு, மற்றும் சாய்வு உதயத்தில், சிசுவின் நிலை, சிசுத்தலையால் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. ஆகவே இடது, வலது என்ற நிலைகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன. (படம் 233, 234) முன்புற, பின்புற உதயம் என்பது சிசுவின் முதுகின் நிலையைப் பொறுத்தது. முதுகு முன்புறமாகத் திரும்பியிருந்தால், அது முன்புறத் தோற்றமாகும். இது போன்றே பின்புறத் தோற்றமும். (முறையே படங்கள் 233, 234)

குறுக்கான காய்வான உதயங்கள் (தோற்றங்கள்), தவறான தோற்றங்களாகவே கருதப்படுகின்றன. ஏனெனில் தாய், சேய் ஆகியோரின் நீள இருசுகள் சீராக அமையாவிடில், தானாகவேயான பிரசவம் சாத்தியமில்லை. உரிய காலத்தில் உரிய மருத்துவ உதவி கொடுக்கப்படாவிடில், அவர்களின் உயிருக்கு ஆபத்து விளையலாம்.

தவறான உதயங்களின் காரணங்கள் வருமாறு:—

1) கருப்பையினுள் சிசுவின் இயக்கங்களுக்கு வகை செய்யும் நிலைகள் தாம், குறுக்கு, மற்றும் சாய்வு தோற்றங்களுக்குக் காரணமாகும். இவையாவன: மிகுநீர் பனிக்குடம், தளர்ந்த வயிற்றுச் சுவர், மிகுநீர் பனிக்குடத்துடன் தோன்றும் ஒன்றுக்கு மேற்றப்பட்ட கர்ப்பம்.



படம் 233. குறுக்கான இடது முன்புற உதயம்

2) குறுக்கு (சாய்வு) உதயம், கீழ்க்கண்ட நிலைகளில் தோன்றுகிறது:— குறுகலான கூபகம், கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, மற்றும் பல நோய் நிலைகள். இவை, அனைத்துமே, சிசுத்தலை கீழி

படம் **234.** குறுக்கான வலது பின்புற உதயம்

றங்கி கருப்பையின் கீழ்பகுதியை அடைந்து நிலை பெறுவதைத் தடை செய்கின்றன.

3) கருப்பையின் விகார வளர்ச்சிகள்; எடுத்துக்காட்டாக, வில் போன்ற கருப்பை.

குறுக்கு மற்றும் சாய்வு தோற்றங்களை நிர்ணயம் செய்வது சிரமமல்ல. கருப்பையின் வடிவம், முட்டை வடிவமாக இல்லாமல், குறுக்கு அல்லது சாய்வு உதயத்தில், நீளமாக இருக்கிறது. நீளவாட்டத் தோற்றத்தைவிட, இங்கு, கருப்பையின் கூரை, தாழ்வாகவே இருக்கிறது. கருப்பையின் பக்கங்களில், சிசுவின் தலையையும் காலையும் தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ளலாம். (தலை இடது புறத்திலும் கூபகம் வலது புறத்திலும், அல்லது தலை வலது பக்கத்திலும் கூபகம் இடது பக்கத்திலும்.) கூபக நுழைதாயிலில், உதயமாகும் பகுதி காணப்படுவதில்லை. சிசு இருதயத் தொனிகளை, தொப்பூழ், மட்டத்தில், சிசுவின் தலைப்பகுதி அருகில், தெளிவாக கேட்க முடிகிறது.

கர்ப்பத்தின் போதும், பிரசவத்து வக்கத்தின் போதும் யோனிப் பரிசோதனை மூலம், குறுக்குத் தோற்றத்திற்கான அறிகுறிகளைத் தெரிய முடியாது. நோய் நிர்ணயம் சந்தேகமாக இருந்தால், எக்ஸ்ரே கூபக அளவு பயன்படுத்தப்படுகிறது. (தொட்டுப் பார்த்தல் மூலம் உறுதியில்லாத அறிகுறிகள்; மிகுநீர் பனிக்குடம் முதலியன.) பனிக்குடம் உடைந்த பின்னர் யோனிப் பரிசோதனையின் மூலம் பிரசவத்தின் போதான குறுக்கு சாய்வு தோற்றத்தை நிர்ணயிக்க முடியும், ஒரு கோள், விலா எலும்பு, காரை எலும்பு, (பின்புறத் தோற்றத்தில்) அல்லது தோள் பட்டை அல்லது முதுகெலும்பு முனைப்புகள் (முன்புறத் தோற்றத்தில்); ஆகியவற்றை விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்து மூலம் தொட்டுத் தெரியலாம்.

குறுக்கு அல்லது சாய்வு தோற்றத்தில் மேற் கையோ அல்லது தொப்பூழ் கொடியோ, அடிக்கடி, பிதுக்கிக்கொண்டிருக்கிறது. மேற்கை துருத்தினால், அக்குளைத் தொட்டுத் தெரிவதன் மூலம் சிசுத்தலையின் நிலையை நிர்ணயிக்க முடியும். அக்குள் எங்கு இருக்கிறதோ, அந்தத்திசையில் தலை காணப்படும். அக்குள் இடது புறமாக இருந்தால், தோற்றம் முன்புறமாக இருக்கும். அக்குள் வலது புறமாக இருந்தால் தோற்றம் பின்புறமாக இருக்கும்.

சிசு உடலின் எந்தப்பகுதி யோனிக்குள் பிதுக்கிக் கொண்டிருக்கிறது—கையா அல்லது காலா—என உறுதி செய்து கொள்வது மிகவும் முக்கியமாகும். முழங்கால் சிப்பியையும், குதியங்காலையும் கொண்டு காலைத் தெரிந்து கொள்ளலாம். கால் விரல்கள் எல்லாமே சமநீளமாக இருக்கின்றன; முதல் கட்டை விரலை வெளியே இழுக்க முடியாது. உள்ளங்கை, முன்கையுடன்

எந்த முடிப்புகளும் இல்லாமல் தொடர்ச்சியாக இருக்கிறது. கை விரல்கள், கால் விரல்களை விட நீளமாக இருக்கின்றன. கட்டை விரலை எளிதில் பிரிக்க முடியும்; உள்ளங்கை மேல் மடக்கவும் முடியும். பிதுக்கிக் கொண்டிருப்பது இடது மேற்கையா அல்லது வலது மேற்கையா என்பதைத் தீர்மானிப்பது அவசியமாகும். இதற்கு, பிதுக்கியுள்ள கையுடன் கைகுலுக்கினால் தெரிகிறது. கைகுலுக்க முடியாவிடில் அது இடது கையாக இருக்கும்; அல்லது கையைத்திருப்பி உள்ளங்கைமேல் நோக்கி இருந்தால், கட்டை விரலின் திசை கொண்டு, மேற்கைவலதா அல்லது இடதா என தீர்மானிக்கலாம். ஆகவே பிதுக்கியுள்ள மேற்கை, மகப்பேறு டாக்டருக்கு சிசுவின் தோற்றத்தை நிர்ணயிக்க உதவுகிறது.

சிசுவின் இடது நிலைத் தோற்றத்தில் வலது கையின் பிதுக்கம், முன்புற உதயத்தைக் குறிக்கிறது. இடது கை, பின்புற உதயத்தைக் குறிக்கிறது. வலது நிலையில், வலது மேற்கையின் பிதுக்கம் பின்புற உதயத்தைக் குறிக்கிறது. இடது மேற்கை, முன்புற உதயத்தைக் குறிக்கிறது.

குறுக்கு (சாய்வு) தோற்றத்தில், பிரசவம் அசாதாரணமானது. அபூர்வமான கேசுகளில் தான், பிரசவத்துவக்கத்தின் போது, குறுக்கு சாய்வுத் தோற்றத்திலிருந்து, சிசு நீளவாட்டத்திற்கு மாற்றிக் கொள்கிறது. (தானாக நிகழும் சுழற்சி.) பெரும்பாலான கேசுகளில் குறுக்கு சாய்வு உதயம் நிலைத்து நிற்கிறது. தாய்க்கும் சேய்க்கும் ஆபத்தை விளைவிக்கக் கூடிய சிக்கல்கள், உருவாகின்றன.

குறுக்கு சாய்வு உதயத்தில், எந்தப் பகுதியும் உதயமாவதில்லை. அம்னியாடிக் திரவமும் இரண்டு பாகங்களாகப் பிரிவதில்லை. கருப்பை சுருங்கும் போது, அம்னியாதிரசவம் முழுவதும் கருவின் கீழ்ப் பகுதிக்குச் செல்கிறது; இதனால், பனிக்குடம் முன்கூட்டியே உடைகிறது. பனிநீர் அத்தனையும் வெளிப்படுகிறது. இதில் கையோ, தொப்பூழ் கொடியோ சிக்கிக் கொள்கிறது.

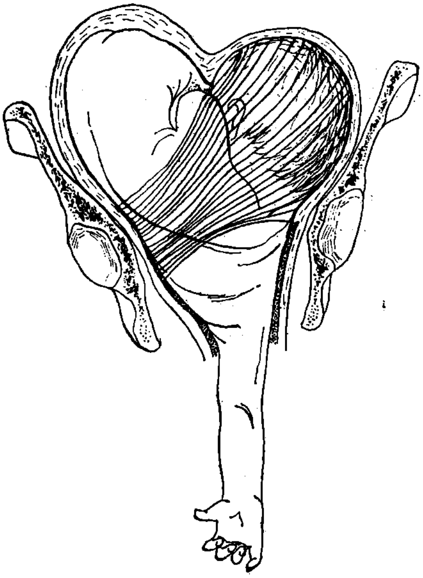
பனிர் வெளிப்பட்டவுடன், சிசுவைப் பிடித்து, அசைய விடாது செய்ய கருப்பை சுருங்குகிறது. நச்சுக்கொடி இரத்த சுழற்சியில் தலையிட்டு, சிசுவில் மூச்சுத்திணறலை உண்டாக்கும் அளவுக்கு, சுருக்கங்கள் பலமாக இருக்கலாம்.

மிகவும் விரிவடைந்துள்ள கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதிக்கு சிசு, பிரசவ உந்தல்களால் தள்ளப்படுகிறது. கருப்பைச் சுவர்களும் மெல்லியதாகி விட்டன. சிசுவின் முதுகெலும்பு, குறிப்பாக கழுத்துப் பக்கத்தில், வளைகிறது; தோள், தாயின் கூபகத்தினுள் தள்ளப்படுகிறது (படம் 235) பிதுக்கப்பட்டகை, வீங்கியும் நீலநிறத்துடனும் காணப்படுகிறது.

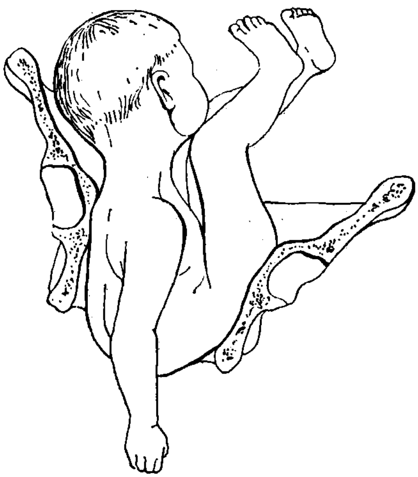
சிசுவின் அசையாத நிலை. தோளின் நிலை பெற்ற தன்மை, பிதுக்கப்பட்ட கையின் வீக்கம், நீல நிறம் ஆகியவை இடைவிடாத குறுக்கு உதயத்தின். அடையாளங்களாகும். இந்த அபாயகரமான சிக்கலில் தாய்க்கும் (கருப்பை கிழிந்து படல்) சேய்க்கும் ஆபத்தான சிக்கல்கள் நிகழலாம். இதைத் தவிர்க்க உடனடியாக சக்தி வாய்ந்த சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

அபூர்வமாக, இரண்டாந்தர கருப்பை மந்தம் துவங்கி, கீழ்பிடிப்பு நிலை உருவாகிறது.

முதிராத, மரித்த சிசு சிதைவடைந்து குறுக்குத் தோற்றத்திலேயே, தானாகவான சுழற்சி மூலம் வெளிப்படுகிறது.



படம் 235. இடைவிடாத குறுக்கு உதயம் (கருப்பேயின் கீழ்ப்பகுதியின் மிகை விரிவு).

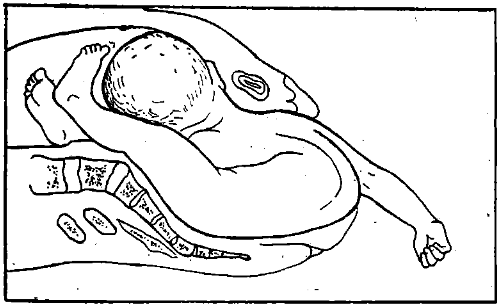


படம் 236. சிசுவின் தானாகவான சுழற்சி

(படம் 236) எளிதில் நச்சுக்கப்பட்ட சிசுவின் தோள், கூபகத்தினுள் நுழைகிறது. பூப்பு வளைவு அடியிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. முதுகெலும்புத் தண்டு வலுவுடன் மடக்கப்படுகிறது; உடல், கூபகம், கால்கள், பெண்ணின் கூபகத்தின வழியாக வெளியேறுகிறது; இறுதியாக, இரண்டாவது தோளும், தலையும் வெளிப்படுகிறது.

வெகு அபூர்வமாக, மரித்த, முதிராத சிசு மடங்கிய நிலையில் வெளிப்படுகிறது. (படம் 237) தோள் வெளிப்பட்டவுடன், முதிராத மரித்த சிசு, மார்ஃபின் மீது நன்கு மடக்கி, தலை, சிசுவின வயிற்றில் மடங்கி, இந்த நிலையிலேயே பிறப்புப் பாதை வழியாக சிசு வெளித்தள்ளப்படுகிறது.

கர்ப்பத்தையும் பிரசவத்தையும் மேற்பார்வையிடல். துவக்க காலத்திலேயே (7வது 8வது மாதம்) குறுக்கு (சாய்வு தோற்றம் என நிர்ணயிக்கப்பட்டால், அது தானாகவே நீளவாட்டு தோற்றமாக மாறலாம். சிசுவின் சுழற்சியை ஊக்குவிக்க, ஒரு பக்கமாகப் படுத்திருக்க வேண்டும். இங்கு தான் சிசுவின் பெரிய பாகம் (தலை அல்லது கூபகம்) காணப்படுகிறது. சான்றாக, இடது இலியாக் பகுதியில் தலை அமைந்திருந்தால், கர்ப்பிணி இடது பக்கமாகப் படுத்துத் தூங்கப்பணிக்கப்படுகிறாள். கருப்பையின் கூரையும் சிசுவின் கூபகப் பகுதியும் இடது பக்கமாகப் பிறள்கிறது; சிசுவின் தலை வலது பக்கமாக கூபக நுழைவாயில் நோக்கி உள்ளது. சாய்வான தோற்றம், மேற்கூறிய முறையில், நீளவாட்டத் தோற்றமாக மாற்றப்பட முடியும். தலை, வலது இலியாக் பகுதியில் இருந்தால், கர்ப்பிணி வலது



படம் 237.மடங்கிய நிலையில் பிரசவம்

பக்கமாகப் படுத்திருக்க வேண்டும். சிசுவின் கூபகம், சாய்வு உதயத்தில் கீழ் நிலையை அடைந்தால், கால் சுழற்சி எளிதில் செய்யப்பட முடியும். சில போது, தவறான உதயங்களை, உடற் பயிற்சிகள் மூலம் சீர் செய்ய முடியும். (வலது பக்கத்திலும், இடதுபக்கத்திலும் மாற்றி மாற்றி 10 நிமிடங்களுக்கு ஒரு தடவையாக தினமும் 3—4 தடவைகள், படுத்திருக்க வேண்டும்.

35வது 36வது வாரம் வரை தவறான தோற்றம் நீடித்தால், கர்ப்பிணியை மருத்துவ மனையில் சேர்த்து விட வண்டும். குறுக்கு அல்லது சாய்வு உதயத்தை, நீளவாட்டமாக மாற்ற, டாக்டர், புறசுழற்சி மூலம் முயற்சிக்க வேண்டும்.

புறசுழற்சி தவறிவிட்டால், பிரசவத்தின் போது, சிசுவை உட்புறமாக திருப்பி, சிசுவை வெளியே எடுக்கலாம். உட்புற சுழற்சியைக் கையாளும் போது கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருக்க வேண்டும், படலங்கள் கிழிபடாது இருக்க வேண்டும். (சுழற்சியின் போது படலங்கள் கிழிக்கப்படுகின்றன); அல்லது பனிநீரை வெளியேற்றிய பின்னர் சிசுவைத் திருப்பலாம் பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் முடிவடையும் வரை, அதாவது கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடையும் வரை, பனிக்குடம் உடையாது இருக்க வேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும். கர்ப்பிணி, படுக்கையிலிருந்து எழுந்திருப்பது தடுக்கப்படுகிறது; சிசுவின் தலை இருக்கும் பக்கமாக (அல்லது கூபக நுழைவாயிலுக்கு குண்டிகள் பக்கமாக இருந்தால்), கர்ப்பிணி படுத்துக் கொள்ள பணிக்கப்படுகிறாள். யோனிக்குள் கோல்ப்யூரிண்டரை செலுத்துவதன் மூலம், முன் கட்டியே பனிநீர் இழக்கப்படுவதைத் தவிர்க்கலாம். (கால்ப் என்றால் கிரேக்க மொழியில் யோனி, யூரினின் என்றால் விரிக்கி என்று பொருள். மொ-ர்.)

கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்தவுடன் பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது. சிசுவை, தேவையான நிலைக்கு திருப்பி, வெளியேற்ற வேண்டும்.

பனிநீர், தானாகவே வெளிப்பட்டுவிடில், கர்ப்பிணியை உடனடியாக, யோனிப் பரிசோதனைக்கு உட்படுத்த வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்து விட்டால், சிசுவைத் திருப்பி வெளிப்படுத்த வேண்டும்; விரிவடை நிலை முழுமையாக இல்லாவிடில், கருப்பையினுள் மெட்ரியூரிண்டரைச் செலுத்தி, எஞ்சியுள்ள அம்னியா திரவம் வெளியேறுவரைத் தடை செய்து, கழுத்து விரிவடைவதை ஊக்குவிக்கலாம்.

சில கேசுகளில், குறுக்கு அல்லது சாய்வுத் தோற்றத்துடன், வேறு ஏதாவது நோய் நிலைகள் இருந்தால் (குறுகலான கூபகம், ''வயது முதிர்ந்த'' தலைச்சூலி), பிரசவம் துவங்கியவுடன், சிசேரியன் அறுவை செய்யப்பட வேண்டும்.

நிலையான குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது, பெரும்பாலும் சிசு இறந்து விடு

கிறது. பகுதிபகுதியாக சிசு அகற்றப் படுகிறது. சிசு உயிருடன் இருந்தால், வயிற்றுவழி கருப்பைத்துளை அறுவைக்கு பாதக அம்சம் இல்லாவிடில் (நோய் பாதிப்பு) சிசேரியன் அறுவை கையாளப்பட வேண்டும். நிரந்தரமான குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது, சுழற்சி தவிர்க்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் கருப்பை கிழிந்துபடும் அபாயம் உள்ளது; சுழற்சியின் துவக்கத்திலேயே கருப்பைக் கிழிந்து படலாம்.

குறுக்கு, சாய்வு தோற்றத்தின் போது, பிரசவம் ஆபத்தான ஒரு நிகழ்வாகும். ஆகவே, பிரசவத்தை, மருத்துவமனையிலேயே, நடத்த வேண்டும். வேறு ஏதாவது காரணத்திற்காக பிரசவம் வீட்டில் துவங்கி விட்டால், உடனடியாக கர்ப்பிணியை, மகப்பேறு டாக்டர் ஒருவரின் துணையுடன் எப்படியாவது, மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

கர்ப்பிணிக்கு, மார்ஃபின் (0.01கி.) அல்லது பாண்டோபான் (0.02கி.) உடனடியாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். டாக்டரை உடனடியாக வரவழைக்க வேண்டும். பிதுக்கமடைந்துள்ள கையை சீர் செய்ய முயற்சி செய்யக்கூடாது. ஏனெனில் கை மீண்டும் பிதுக்கமடையலாம். இந்த செயல் முறையில், கருப்பைக் கிழிந்து படலாம்.

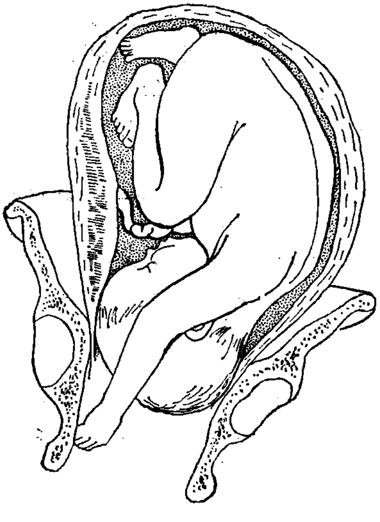
தொப்பூழ் கொடியின் சிறிய பகுதிகளின் பிதுக்கம்

சிசுவின் சிறிய பகுதிகளின் தோற்றமும், பிதுக்கமும் பிரித்தறியப்படுகிறது. பனிக்குடம் உடையாமலிருந்து, மேற்கை, பாதம், தொப்பூழ் கொடி போன்ற சிசுவின் சிறிய பகுதிகள் பக்கத்தில் இருந்தால் அல்லது தோற்றமடையும் பகுதியின் கீழே இறந்தால், அந்த நிலை, சிறிய பகுதிகளின் தோற்றம் எனப்படுகிறது.

பனித்திரவம் வெளி வந்தபின் சிறிய பகுதிகள், தொப்பூழ் ஆகியவை தோற்றமடையும் பெரிய பகுதிக்கு அடியில் காணப்பட்டால், அது பிதுக்கம் எனப் படுகிறது.

குறுக்கு/சாய்வு தோற்றத்தில், மேற்கையின் பிதுக்கம் அடிக்கடி தோன்றுகிறது. ஆனால் நீட்டுப் போக்கான தோற்றத்தில் வெகு அபூர்வமாகக் காணப்படுகிறது. (படம் 238) தலைக்கும் கூபகத்தும் இடையில் இடம் காணப்பட்டால், நீட்டுப் போக்கான தோற்றத்தில், மைமட்டும் தோற்றமடையலாம். முன் கூட்டியான பிரசவம், ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் (சிறிய தலை), தட்டையான கூபகம், மிகுநீர் பனிக்குடம், (பனித்திரவம் வெளிப்படும் போது, கூபக நுழைவாயிலுக்கு மேலாக தலை இருந்தால்), ஆகியவற்றின் போது, மேற்கூறிய சிக்கல் தோன்றுகிறது.

குறுக்குத் தோற்றத்தில், கையின்



படம் 238. தலைத் தோற்றத்தில் கையின் பிதுக்கம்

பிதுக்கும், தனிப்பட்ட நோய் நிலையாகக் கருதப்படுவதில்லை. கால்சுழற்சியின் போது, தானாகவே, கை, பிறப்புப்பாதையினுள் இழுக்கப்படுகிறது. நிலையான குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது, சிசுவின் மீது செய்யப்படும் சிதைக்கும் அறுவையின் போது, பிதுக்கமடைந்த கையை ஒரு கைப்பிடியாகக் கொண்டு, சிசு கீழே இழுக்கப்பட்டு, அதன் முண்டமும் வெளியேற்றப்படுகிறது. (தலை ஏற்கனவே துண்டிக்கப்பட்டு விட்டது.)

நீட்டுப் போக்குத் தோற்றத்தின் போது கையின் பிதுக்கம், பிரசவத்தின் ஆபத்தான ஒரு சிக்கலாகும். தலையின் பக்கத்தில் கிடக்கும் கை, கூபகத்துளையை குறுகலாக்குகிறது; இதனால் தலை வெளிப்படுவது தடைபடுகிறது. ஆகவே சிசுவை வெளிப்படுத்துவது சிரமமாகிறது அல்லது முடியாத ஒன்றாகிறது. தலை சிறியதாக இருந்தால். (முன் கூட்டிய பிரசவம், இரட்டைப் பிறப்பு) பிரசவம், வெற்றிக்கரமாக முடியும்; அல்லது கை முழுமையாக இல்லாமல், உள்ளங்கை மட்டும் பிதுக்கமடைந்திருந்தால், பிரசவம் இனிதே முடியும். இதன் போது பிரசவம், நீடித்து இருக்கலாம். எண்டோமெட்ரிய அழற்சியும் சிசுவின் தணறலும் சிக்கல்களாக இருக்கலாம். இரண்டாந்தர கர்ப்ப மந்த நிலை அல்லது கருப்பையின் மிக வலுவான சுருக்கங்கள் உண்டாகி, பிறப்புப் பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் நெறிக்கப்படுவது ஆகியவையும் தோன்றலாம். கருப்பையும் கிழிந்து படலாம்.

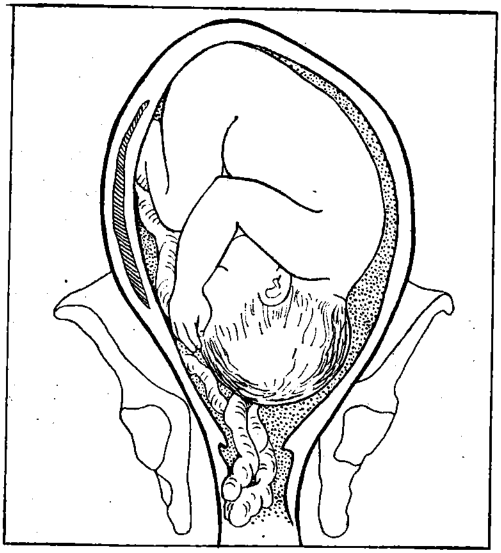
யோனிப்பரிசோதனையின் போது கைத்தோற்றமும் அதன் பிதுக்கமும் நிர்ணயம் செய்யப்படுகிறது. (படலங்கள் வழியாக தோன்றும் கை, தொட்டுணரப்படுகிறது.) கை தோன்றினால், கர்ப்பிணி மற்ற பக்கமாகப்படுக்க வைக்கப்படுகிறாள் (தோன்றும் கைக்கு எதிர்புறமாக). கருப்பைக் கூரையும், சிசுக்கூபகமும் ஒரே திசையில் நகருகின்றன. கை, மேல் நோக்கி இருக்கிறது. பனித்திரவம் வெளிப்பட்ட பின், தலை, கூபகத்தில் நிலை பெறுவதால், கை, மீண்டும் கிதுக்கப்படுவது தவிர்க்கப்படுகிறது.

கை பிதுக்கமடைந்திருந்தால், ஒரு பக்கமாகப் படுப்பதால், நிலைமை சீரடைவதில்லை. தலை, அசைவதாக இருந்தால், தலையை மேல் நோக்கித் தள்ளி, பிதுக்கியுள்ள கை, தலைக்கு அப்பால் தள்ளப்படுகிறது. இதுவும் பலனளிக்காது மீண்டும் கை பிதுக்கமடைந்தால், சமீபத்தில் தான் பனித்திரவம் வெளிப்பட்டிருந்து, சிசுவையும் அசைக்கு முடிந்தால், கால் சுழற்சி முறை மேற்கொள்ளப்படலாம். சில கேசுகளில் சிசேரியன் அறுவை கையாளப்படுகிறது.

தலை, கூபகத்தில் நிலைப்பெற்று இருந்தால், உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. ஏதாவது சிக்கல் தோன்றினால் (சிசுவின் திணறல், இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை) இடுக்கி கொண்டு பிரசவம் நடைபெறுகிறது.

தொப்பூழ் தொடியின் பிதுக்கம். கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி, தோன்றும் பாகத்தால் நிரப்பப்படாமல் இருந்தால், குறுக்க சாய்வு தோற்றத்தில், இந்தச் சிக்கல், உண்டாகிறது. தோன்றும் பகுதி கூபக நுழைவாயிலில் இல்லையெனில், நீளவாட்டத் தோற்றத்தில் கூட, தொப்பூழ் கொடி, பிதுக்கமடையலாம். (படம் 239) இந்தச் சிக்கல், கீழ்க்கண்ட நிலைகளில் உண்டாகலாம்:

—குறுகளான கூபகம், நீண்ட நிலை பெறாத தலை கொண்ட சிசு திரும்பியிருந்தால்; ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பம் (சிறிய தலை); குண்டித் தோற்றம்;



படம் 239. தொப்பூழ் கொடியின் பிதுக்கம்.

மிகுநீர் பனிக்குடத்தில் விசையுடன் வெளிவரும் பனித்திரவத்துடன் தொப்பூழ் கொடியும் வந்து விடுகிறது. அதிக நீளமான தொப்பூழ் கொடியும் ஒரு முன்னிணக்க அம்சமாகும்.

பிதுக்கமடைந்த தொப்பூழ்கொடி எளிதில் நசுக்கப்படுவதால், தோன்றுப் பகுதி வெளிப்படுவதற்கு, அது இடைஞ்சலாக இருப்பதில்லை. ஆனால் இந்தச் சிக்கல், சிசுவுக்கு பெருத்த ஆபத்தை விளைவிக்கும். பிதுக்கமடைந்த தொப்பூழ்கொடி, தோன்றும் பகுதிக்கும் கூபகச் சுவருக்கும் இடையில் நசுக்கப்படுவதால், சகஜ இரத்த ஓட்டம் பாதிக்கப்படுகிறது. உரிய மருத்துவ உதவி அளிக்கப்படாவிடில் சிசு, மூச்சுத்திணறலால் மரணமடைகிறது.

பிதுக்கமடையும் தொப்பூழ் கொடியை உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்து, பிரசவம் நடத்துவதற்கான சரியான முறையையும் பின்பற்றினால், சிசு மரணம் தவிர்க்கப்படலாம்.

வெளிப்படும் அம்னியா திரவத்துடன், தொப்பூழ் கொடியும் வெளிவருகிறது. ஆகவே, திரவ இழப்புக்குப்பின், உரிய கால நோய் நிர்ணயத்திற்கு, யோனிப் பரிசோதனை அவசியமாகிறது. தொப்பூழ் கொடிப் பிதுக்கத்திற்கு முன்னிணக்க அம்சங்கள் (குறுக்குத் தோற்றம், குறுகலான கூபகம், மிகுநீர் பனிக்குடம் இன்னபிற) இருக்கும் போது, யோனிப்பரிசோதனை மிகவும் அவசியமாகிறது.

பிதுக்கமடைந்துள்ள தொப்பூழ் கொடியை, கவனமாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும். ஏனெனில் தொப்பூழ் நாளங்கள் தூண்டப்பட்டால், அவற்றின் சுருக்கங்கள் உருவாகி, சிசுவின் இரத்த சுழற்சி பாதிக்கப்படுகிறது. தொப்பூழின் நாளங்களின் துடிப்பு காணப்பட்டால், சிசு உயிருடன் இருக்கிறது எனக் கொள்ளலாம். கருப்பைச் சுருக்கங்களின் போதும், அதன் இடை வேளையின் போதும், நாடித்துடிப்பு இல்லையெனில், சிசு மரித்துவிட்டது எனக் கொள்ளலாம்.

தொப்பூழ் தோற்றம் நிர்ணயமாகிவிட்டால், (தொட்டுப்பார்த்தலாலும், அம்னியோஸ்கோபிமுறையாலும்) தொப்பூழ் கொடி தோன்றும் பக்கத்திற்கு எதிர்புறமாக, கர்ப்பிணியைப்படுக்கச் சொல்ல வேண்டும். தொப்பூழ் கொடி மேல் நோக்கிச் செல்லாம்; அம்னியா திரவம் வெளிப்பட்டவுடன், தலை, கூபகத்தினுள் நுழைந்து, நிலை பெறுகிறது.

சிசு உயிருடன் இருந்து, தொப்பூழ் கொடி பிதுக்கமடைந்தால் உடனடியாக அவசர சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருந்தால், சிசுவும் நகருவதாக இருந்தால், பாத சுழற்சி செய்து, குறுக்குத் தோற்றத்தை நீள

வாட்டுத் தோற்றமாக மாற்றி, சிசுவை வெளிப்படுத்தலாம். பனித்திரவம் வெளிப்பட்டவுடன் தொப்பூழ்கொடி பிதுக்கமடைந்தால், சிசுவின் தலையையும் நகர்த்த முடிந்தால், சுழற்சியை மேற்கொண்டு சிசுவை வெளிப்படுத்தலாம். (கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருந்தால்.) குண்டித் தோற்றத்தின் போது, கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விளிவடைந்திருந்தால், சிசுவின் மூச்சுத்திணறலுக்கான அறிகுறிகளும் தோன்றினால், சிசுவின் காலையோ, கவட்டையையோ பிடித்து சிசுவை வெளிப்படுத்தி பிரசவத்தை முடித்து விட வேண்டும். சிறிய சிசுவின் குண்டிகளோ, பாதங்களோ தாயின் கூபகத்தினுள் நுழைந்தால், தொப்பூழ்கொடி அமுக்கப்படுவதில்லை. மருத்துவ ஊழியர்கள் உரிய சிகிச்சையைத் துவக்க வேண்டும்.

சிசுவின் இருதயப்பணி கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். சிசுவின் தலை நிலைபெற்று (தலைத்தோற்றம்), சிசுவும் உயிருடன் இருந்தால் பிதுக்கமடைந்துள்ள தொப்பூழ்கொடியின் இரத்த நாளங்களின் துடிப்பு காணப்பட்டால்), இடுக்கி கொண்டு பிரசவத்தை நடத்த வேண்டியது அவசியம்.

கருப்பைக் கழுத்து முழுமையாக விரிவடையாவிடில், தொப்பூழ்கொடியை உள்ளே தள்ளி உரிய இடத்தில் சேர்ப்பிக்க வேண்டும். மெட்ரியூரிண்டர் கொண்டு, மீண்டும் பிதுக்கமடைவது தவிர்க்கப்படுகிறது. இல்லையெனில் சிசேரியன் அறுவை கையாளப்பட வேண்டும்.

தொப்பூழ்கொடி தோற்றத்தின் போது அல்லது பிதுக்கத்தின் போது, பிரசவம், ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில் நடைபெற வேண்டும். ஏனெனில் பல்வேறு மகப்பேறு அறுவைகள் தேவைப்படலாம்.

டாக்டர் இல்லாதபோது, மகப்பேறு நிபுணரால் செய்யப்படக் கூடிய ஒரே அறுவை முறை, சிசுவை சுழற்றி, அதை வெளிப்படுத்துவது தான்.

அசாதாரண பிரசவம்.

முன்புற பின்தலை தோற்றத்தில். பிரசவத்தின் சகஜமான செயல் முறை நிகழ்கிறது. இங்கு மடங்கிய தலை, தனது மிகச்சிறிய (பின்தலை அடி முன்னுச்சிக் குழிவு) விட்டம் கொண்டு கூப கத்தைக் கடக்கிறது. பின்புற பின்தலைத் தோற்றமும் (மடங்கிய தலை) பிரசவத்தின் மற்றும் ஒரு சகஜமான செயல் முறையாகும்.

சகஜமான செயல் முறைகளிலிருந்து மாறுபட்ட முறை, குறைவான அளவிலோ, பெருமளவிலோ பிரசவத்தைச் சிக்கலடையச் செய்கிறது. இந்த மாறுபாடுகள் வருமாறு: திரும்பிய அல்லது நீட்டிய தலை, இசைவற்ற நிலை, தலையின் உயர்ந்த நேரான அல்லது தாழ்ந்த குறுக்கான நிலை.

திரும்பிய (நீட்டிய) உச்சித்தலை

பின்தலைத் தோற்றத்தில், மடங்கிய தலையின், முன்வரும் பகுதி பின்தலையாகும். பின்புற உச்சி மென் தோல் தான் முன்வரும் பகுதியாகும். தலை, பெண் கூபகத்தின் வழியாக, தனது மிகச்சிறிய விட்டத்துடன் வெளி வருகிறது. (பின் தலை அடி முன்னுச்சிக் குழிவு.) (பின்புறத் தோற்றத்தில், பின் தலை அடி முன்தலை விட்டம்.)

ஆனால் சிலபோது, உச்சித்தலை, கூபகத்தைக் கடக்கும் போது, திரும்புகிறது. மார்பின் மீது மடங்கியிருந்து மோவாய் நிலை மாறுகிறது. உச்சித் தலை, புருவம், அல்லது முகம் (மோவாய்) முன்வரும் பகுதியாகிறது. ஆகவே, உச்சித்தலை நீட்டி இருக்கிறது.

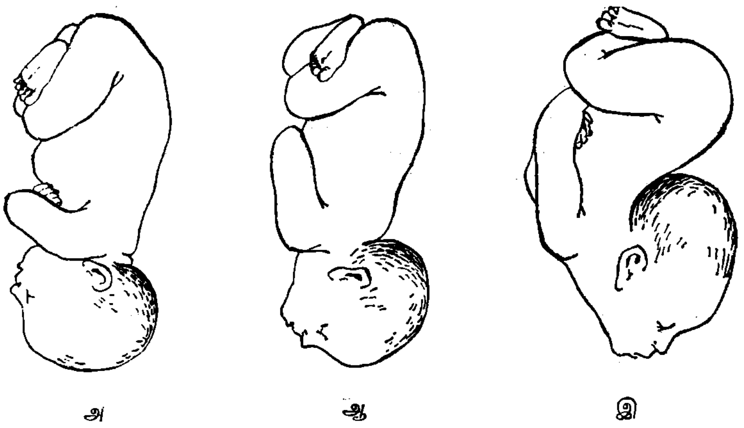
மூன்று வகையான நீட்டங்கள் பிரித்தறிப்படுகின்றன:—(படம் 240)

1) மார்பிலிருந்து மோவாய் நிலை பெயரும் போது, குறைந்த அளவில் நீட்டல் தோன்றுகிறது. தவருகின்ற உச்சித்தலைக்கு, முன்புற மென்தோல் உச்சி, முன்வரும் புள்ளியாக இருக்கிறது. இது, **உச்சித்தலைத் தோற்றம்** *எனப்படுகிறது. (படம் 240 அ)*

2) இரண்டாவது வகை நீட்டலில், புருவம் முன்வரும் புள்ளியாக இருப்பதால் **புருவத் தோற்றம்** *எனப்படுகிறது. (படம் 240 ஆ)*

3) மூன்றாவது வகை தான் மிகப் பெரிய நீட்டலாகும். சிசுவின் முகம் தான், மிகவும் தாழ்ந்த புள்ளியாக இருக்கிறது. இது தான் முகத்தோற்ற (மோவாய்) மெனப்படுகிறது. (படம் 240 இ)

நீட்டிய தோற்றங்களின் காரணங்கள் பலவாகும். *தலையில் மடங்கலுக்கு இடையூறாக இருக்கும் அனைத்தும் காரணங்களாகும். திரும்பிய தோற்றங்கள் பெரும்பாலும் குறுகலான கூபகத்தில் (குறிப்பாக தட்டையான கூபகம்) காணப்படுகிறது. கபால கூபக முரண்*



படம் 240. நீட்டிய தலையின் வகைகள்
அ) உச்சித் தலைத் தோற்றம்
ஆ) புருவத் தோற்றம்
இ) முகத் தோற்றம்.

பாடு மற்றுமொரு காரணமாகும். தலையின் மிக அகன்ற பகுதி பின்தலையாகும். அதன் கீழிறக்கம் காலதாமதமாகிறது. மிகவும் பெரிய தலை, மற்றுமொரு காரணமாகும். மேலும் தலை சிறிதாக இருந்தால், நீட்டிய நிலையிலேயே, தங்கு தடையின்றி கூபகத்தைக் கடக்கிறது.

பனிநீர் முன் கூட்டியே இழுக்கப்படும் போது (குறிப்பாக மிகுநீர் பனிக்குடத்தில்), உச்சித்தலை திரும்புகிறது. திரவம் வெளிப்படும் போது தலை திரும்பினால், அந்த நிலையிலேயே நிலை பெற்று விடுகிறது. கழுத்தின் கட்டிகள், (இவை சகஜமான மடக்கலை பாதிக்கின்றன) நீண்ட தலை (தலையின் பின்புறமாக நீட்டம்) (இதுபிடர் தலை கீழிறங்குவதை தடை செய்கிறது) ஆகியவை, திருப்பலின் அபூர்வமான காரணங்களாகும்.

திரும்பிய உச்சித்தலையின் எல்லா வகைகளிலும் பிரசவம், கீழ்க்கண்ட நிலைகளைக் கொண்டுள்ளன:—

1) பிரசவத்தின் முதல் அசைவு, உச்சித்தலையின் நீட்டலாகும் (திருப்பல்). இதற்கு மாறாக, சகஜமான பின்தலைத் தோற்ற பிரசவத்தில், மடக்குதல் காணப்படுகிறது.)

2) கூபகக் குழிவினுள் இருக்கும் போது, எல்லா வகையான உச்சிதலை நீட்டலிலும், பின்தலை பின்புறமாக இருக்குபடி தலை திரும்புகிறது (உட்சுழற்சி). அபூர்வமான கேசுகளில், பின்தலை முன்புறமாக திரும்புவதால், சகஜமான பிரசவம் சாத்தியமில்லை.

உச்சித்தலைத் தோற்றம்

மகப்பேறு சார்ந்த புறப்பரிசோதனகள் மூலம் உச்சித்தலைத் தோற்றத்தை நிர்ணயிக்க முடியாது. விரிவடையும் கட்டத்தின் போது செய்யப்படும் யோனிப்பரிசோதனை மூலம் ஒரே மட்டத்தில் முன்புற, மற்றும் பின்புற மென்தோல் உச்சிகள் இருப்பது தெரிய வருகிறது. வெளியேற்று கட்டம் துவங்கும் போது, முன்புற மென்

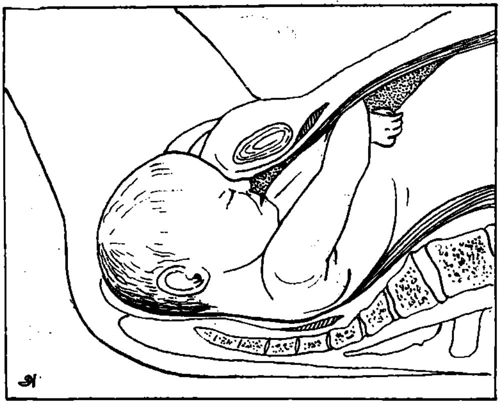
தோல் உச்சி, கீழ் நிலைக்கு இறங்கி, முன்வரும் புள்ளியாக இருக்கிறது. அதே போது, பின்புற மென்தோல் உச்சி, மெதுவாகவே முன்னேறுகிறது. ஆகவே தொட்டுத் தெரிவது சாத்திய மில்லை. முன்தலைத் தையலின் மேல்வி ளிம்பை-முன்புற மென்தோலின் முன்ப குதியிலிருந்து துவங்குகிறது—தொட் டுத்-தெரிய முடியும். உச்சித்தலையும் முன்புற மென்தோலும், தலையின் கீழ்ப் பகுதியாக அமைந்துள்ளது.

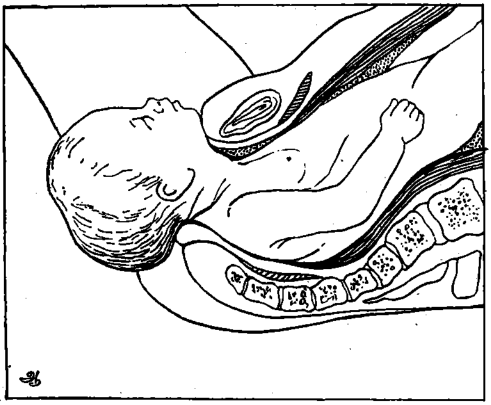
பிரசவத்தின் செயல் முறை.—தலை கூபகத்தினுள் நுழைந்ததும் அதன் மட் டத்தையல், குறுக்கு அல்லது சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. முன்புற மற்றும் பின்புற மென்தோல் உச்சி, ஒரே மட்டத்தில் காணப்படுகிறது.

முதல் அசைவு. நீட்டல் குறைவாக வே இருக்கிறது. மோவாய், மார்பின் மேற்பகுதியிலிருந்து பிரிந்துள்ளது. உச்சித்தலை கீழிறங்குகிறது. முன்புற உச்சி மென்தோல், பின்புற உச்சி மென் தோலுக்கு கீழாக இறங்குகிறது. முன் வரும் புள்ளியாக அமைகிறது. இந்த நிலையில், தலை, கூபகக்குழிவினுள் இறங்குகிறது.

2வது அசைவு. (உட்சுழற்சி) கூபகக்குழி வினுள், உச்சித்தலை பின்புறமாகத் திரும்புகிறது. மட்டத் தையல் சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது. உட்சுழற்சி கூபகத்தின் வெளிவாயிலில் நிறைவு பெறுகிறது. முன்புற உச்சிமென்தோல், பூப்பிணைப்பின் பக்கமாகத் திரும்புகி றது; அதேபோது பின்புற உச்சி மென் தோல், திரிகம் நோக்கித் திரும்புகிறது. மட்டத்தையல், கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது.

3வது அசைவு. நிலை பெயர்வதுட இணைந்துள்ளது. நிலை பெயறும் தலையின் (1) மடக்கலும் (2) நீட்டலும். உச்சித்தலையும் முன்புற உச்சி மென்





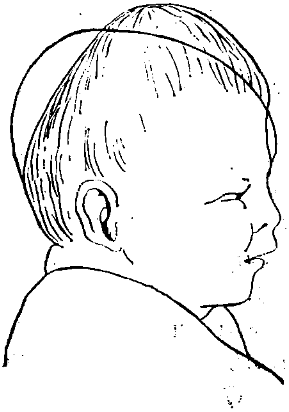
படம் 241. உச்சித்தலைத் தோற்றத் தின்போது தலை வெளிப்படுவது.
அ) பூப்பிணைப்புக்கு மேலாக தலையின் சுழற்சி
ஆ) விடபத்தின் மேல் தலையின் சுழற்சி

தோலும், முதலில் பிறப்புறுப்புப் பிள வில் தோன்றுகிறது. பின்னர் புருவமும், மூக்கும், பூப்பு வளைவின் கீழே, வெளிப்படுகிறது. இருபுருவ மத்திப்ப குதி, நெம்பு கோலாக செயல்படுகிறது. (படம் 241 அ) இங்கு தலை மடங்கி இருக்கிறது. பின்தலை, அதன் புடைப்பு வரை வெளிப்படுகிறது. திரிக வால் எலும்பு மூட்டுடன் சேர்ந்து ஒரு நெம்பு

கோலாக் அமைந்து, இங்கு தலையின் திருப்பம் நிகழ்கிறது. இதன் போது, முகம், பூப்பிணைப்பின் அடியிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. (படம் 241 ஆ)

4வது அசைவு.—உச்சித்தலையின், புற முன்னுருமீட்சியும் (சுழற்சி), தோள்களின் உட்சுழற்சியும் நிகழ்கிறது. தலை, கூபதத்தைக் கடந்து அல்குல் வளையம்வழியாக வெளிப்படுகிறது. இதன் சுற்றளவு 34செ.மீ. இது, கபாலத்தின் பின்தலை முன்தலை விட்டத்திற்கு இணையாக இருக்கிறது. (12செ. மீ.) தலையின் வீக்கம், முன்புற உச்சி மென்தோல் பகுதியில் காணப்படுகிறது தலையின் வார்ப்பு தெளிவாக இருக்கிறது. செங்குத்து நிலையில் தலை நீளமாவதால், அது கோபுரம் போன்று தோற்றமளிக்கிறது. (படம் 242)

உச்சித்தலைத் தோற்றத்தில் பிரசவத்தின் செயல் முறை, பின்புற பின்தலைத் தோற்றத்தைப் போன்ற இருக்கும். வெளிப்புறத்தில் தாலி அதன் ஒற்றுமை தெரிகிறது. (இரு தோற்றங்களும் பின்புறமாகவே இருக்கின்றன.) மற்ற எல்லா அம்சங்களிலும், பிரசவத்தின் செயல் முறை மாறுபட்டே



படம் 242. உச்சித் தலைத் தோற்றத்தில் சிசு கபாலத்தின் பராமரிப்பு

இருக்கிறது. பின்புற பின்தலைத் தோற்றத்தில், மடங்கிய தலை, அதன் பின்தலை அடிமுன்தலை விட்டத்துடன் (அதன் சுற்றளவு 33செ.மீ), கூபகத்தின் வழியாகச் செல்கிறது. உச்சித்தலைத் தோற்றத்தில், நீட்டிய தலை கூபகம் வழியாகவும், விடபம் வழியாகவும், 34செ.மீ. சுற்றளவுடன் செல்கிறது. பின்புற நிலையில், முன்புற, மற்றும் பின்புற மென்தோல் உச்சிகளுக்கிடையேயுள்ள பகுதி தான், முன் வரும் புள்ளியாகும். ஆனால் உச்சித்தலைத் தோற்றத்தில் முன்வரும் புள்ளி, முன்புற மென் தோல் உச்சியாகும். பின்புற பின்தலைத் தோற்றத்தில், தலையின் ரோமப்பகுதியின் விளிம்பு தான் முதல் தெம்புகோலாக இருக்கிறது; இரண்டாவது நெம்பு கோல், பின்புலத் தோற்றத்தில் முதல் நெம்புகோலாக மூக்கும், இரண்டாவது நெம்புகோலாக பின்தலைப் புடைப்பும் இருக்கிறது.

உச்சித்தலைத் தோற்றத்தில் பிரசவம். வெளியேற்று கட்டம் நீடித்திருக்கிறது. ஏனெனில் நீட்டியதலை, கூபகக் குழிவு வழியாக, தனது பெரிய விட்டத்துடன் (பின்தலை முன்தலை) நுழைகிறது. பிறப்புப் பாதையின் எதிர்ப்பைச் சமாளிக்க வேண்டியிருக்கிறது.

கூபகம் குறுகலாக இருந்தாலோ அல்லது சிசு பெரிதாக இருந்தாலோ, கருப்பையின் சீழ்ப்புறப்பகுதியின் மிகையான விரிவுடன் வலுவான சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன அல்லது இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை தோன்றுகின்றது. இதைத் தொடர்ந்து, பிறப்புப் பாதை வழியாக சிசு முன்னேறுவது நின்று விடுகிறது. இளந்திருக்களும், மூத்திரப்பையும் நசுக்கப்படுகின்றன. கருப்பையுள் சிசுவின் மூச்சுத்திணறல் தோன்றுகிறது. கூபக அமைப்பு, சிசுவின் அளவு, பிரசவம் எல்லாமே முறையாக

இருந்தால், பிரசவம் தானாகவே முடிவடைகிறது.

பிரசவத்தை நடத்துவது சூழ்நிலைகளைப் பொறுத்து உள்ளது. மகப்பேறு டாக்டர், கர்ப்பிணியின் நிலையை உன்னிப்பாக கவனிக்க வேண்டும். பிரசவத்தின் தன்மை, சிசுவின் முன்னேற்றம் ஆகியவையுடன், சிசு இருதயத் தொனிகளைக் கேட்டு, அதன் துடிப்புகளையும் எண்ண வேண்டும். மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்ப்பதற்கான வழி முறைகளைக் கையாள வேண்டும். வெளிப்படும் தலையை முன்னோக்கி (பூப்பெலும்பு நோக்கி) மடக்க வேண்டும். பின்தலை வெளிப்பட்டவுடன், தலையை கைகொண்டு தாங்கி, பின்புறமாகத் திருப்பு வேண்டும். பிரசவத்தின் போது சிக்கல்கள் (இரண்டாந்தர கருப்பை மந்தம், சிசுவின் மூச்சுத்திணறல்) தோன்றினால், அறுவை முறைகள் அவசியமாகின்றன. ஒரு டாக்டரின் மேற்பார்வையில், பிரசவம் நடத்தப்பட வேண்டும்.

புருவத் தோற்றம்

புவரு அல்லது முன்தலைத் தோற்றம், தற்காலிகமாக இருக்கலாம். பிரசவத்தின் போது தலை நீட்டப்படும் போது, புருவத் தோற்றம், முகத்தோற்றமாக (அல்லது மோவாய்) மாறுகிறது. தலை முழுமையாக நீட்டப்படாவிடில், புருவத்தோற்றம் நிலைத்து நிற்கிறது.

பிரசவத்தில் புருவத்தோற்றம் மிகவும் குறைவாகவே (2000—3000 பிறப்புகளில் ஒன்று) இருக்கிறது. பிரசவம் நீடித்து இருக்கிறது. தாயையும் சேயையும் பாதிக்கும் விதத்தில் வெளியேற்று கட்டத்தில் சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. கூபகம் சகஜமாகவோ அல்லது பெரிதாகவோ இருந்து, சிசு சிறிதாக இருந்து (முதிரா நிலை), பிரசவமும் பலனுள்ளதாக இருந்தால், புருவத் தோற்றத்தில் பிரசவம் தானாகவே நிறைவு பெறுகிறது.

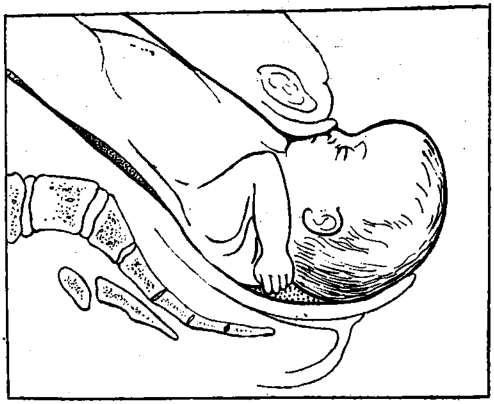
வெளிப்புறப் பரிசோதனைகளால், புருவத்தோற்றத்தை நிர்ணயம் செய்வது வது சிரமமாகும். நிலை பெற்ற தலையில், முன்தலைத் தையலுடன், கூடிய நெற்றியை, யோனிப்பரிசோதனை மூலம் தொட்டுணர முடிந்தால், நிர்ணயம் எளிதாகும்.

மூக்கின் வேர்ப்பகுதி, முன்தலை தையலின் ஒரு பக்கத்தில் புருவ வளைவுகள், மற்ற பக்கத்தில் முன் தலை மென்தோல் உச்சியின் முன்கோணம் ஆகியவற்றைத் தொட்டுணர்ந்தால் புருவத் தோற்றத்தை நிர்ணயிக்க முடியும். தலை நகருவதாக இருந்தால், புருவத் தோற்றம் முகத்தோற்றமாக மாறிவிடலாம்.

பிரசவத்தின் இயக்க முறை.

முதல் அசைவு: உச்சித்தலையின் நீட்டல். தலை, தனது பின்தலை மோவாய் விட்டத்தில் கூபகத்தில் நிலை பெறுகிறது. மூக்கின் அடிப்பகுதி தாழ்ந்தநிலையில் (முன்வரும் புள்ளி) இருக்கிறது. முன்தலைத் தையல், குறுக்கு கூபக விட்டத்துடன் இணைகிறது. கூபகத்தளத்தை அடையும் வரை, இந்த நிலையிலேயே, தலை கூபகக் குழியினுள் இறங்குகிறது (தலையும் பெரிதாக இல்லாது, பிரசவ முயற்சிகளும் போதுமானதாக இருந்தால்).

இரண்டாவது அசைவு. தலையின் உட்சுழற்சியுடன், பின்தலை விடபத்தை நோக்கி இருக்கிறது. முன்தலைத் தையல் முதலில் சாய்வு விட்டத்துடனும், பின்னர் கூபக வெளிவாயில் தளத்



படம் 243. புருவத் தோற்றத்தில் தலையின் வெளிப்பாடு

தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடனும், இணைகிறது.

மூன்றாவது அசைவு. *(1) மடக்கல் (2) வெளிப்படும் போது தலையின் நீட்டல். மிக வலுவுள்ள வயிற்றுத்தசைச் சுருக்கங்களின் வெளியேற்று உந்தலின் விளைவாக, நெற்றி மற்றும் கண்கள், மூக்கு ஆகியவை, பிறப்புறுப்புப் பிளவில் தோன்றுகின்றன. (படம் 243) மேற்தாடை, பூப்பிணைப்பின் (முதல் நெம்புகோல்) கீழ்விளிம்புடன் ஒட்டியுள்ளது; தலை மடங்கி உள்ளது. மடங்கு நிலையில் உச்சித்தலையும், பின்தலையும் விடபத்தின் மேல் வெளிப்படுகிறது பின்தலைப் புடைப்பு (இரண்டாவது நெம்புகோல்) திரிக வால் எலும்புப்பகுதியில் ஒட்டியுள்ளது; தலை நீட்டியிருக்கிறது; பூப்பிணைப்பின் அடியில் தலையும் மோவாயும் வெளிப்படுகிறது.*

நான்காவது அசைவு. *உச்சித்தலையின் வெளிப்புற முன்னுருமீட்சி. இது, தோள்களின் உட்சுழற்சயைப் பொறுத்துள்ளது.*

தலை பெரிதும் வார்ப்படைந்து, முன் திசையில் நீண்டு இருக்கிறது. (படம் 244) நெற்றிப் பகுதியில் காணப்படும் வீக்கம், பெரிதாக இருக்கிறது. 35 செ. மீ. சுற்றளவுடன், பிறப்புப்பாதை வழியாக வெளித் தள்ளப்படுகிறது. (இது, பின்தலை முன்தலை, பின்தலை மோவாய் விட்டங்களின் சராசரியாகும்.)

பிரசவம், பொதுவாக நீடித்தும் அசாதாரணமாகவும் இருக்கிறது. அபூர்வமாகவே, தானாகவே நிறைவு பெறுகிறது. (தலை சிறியதாகவும், கூபகம் பெரிதாகவும், கருப்பைச் சுருக்கங்கள் வலுவாகவும் இருந்தால்.) வெளியேற்று கட்டம் நீடித்து இருக்கிறது. சிசுத்தலையின் முன்னேற்றம் தடைபடுகிறது. பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய சிசுக்களும் மூத்திரப்பையும், நசுக்கப்படுகிறது. இதைத் தொடர்ந்து கருப்பையுள் மூச்சுத்திணறல் ஆகியவற்றுடன் இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை உருவாகிறது. மெல்லிய திசுக்கள் நீண்ட நேரமாக அமுக்கப்படுவதால் சிறுநீர்—பிறப்புறுப்புப்புரை தோன்றுகிறது. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியின் மிகையான விரிவுடன் வலுவான சுருக்கங்களால், கருப்பை கிழிந்துபடுகிறது. விடபத்தில் ஆழமான கிழிசல்கள் தோன்றுகின்றன. உட்கபாலக்காய அறிகுறிகளுடன், சிசு வெளிப்படுகிறது. மரித்த பிறப்புக்கள், அடிக்கடி நடக்கக் கூடாதவையல்ல.

படம் 244. புருவத் தோற்றத்தில் சிசுத் தலையின் வார்ப்பு.

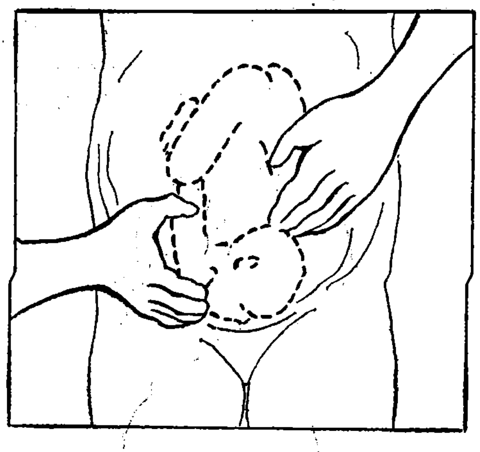
பிரசவத்தை நடத்துதல். புருவத் தோற்றப்பிரசவம் டாக்டர் ஒருவரால் தான் நடத்தப்பட வேண்டும். தலை இன்றும் நிலைபெறாவிடில் பொறுத்திருந்து பார்க்கலாம்; ஏனெனில் தலை திருப்பமடைந்து, புருவத்தோற்றம் முகத்தோற்றமாக மாறலாம். விரலை, சிசுவின் வாய்க்குள் நுழைத்து, செயற்கை முறையில் புருவத் தோற்றத்தை முகத்தோற்றமாகச் செய்யப்படும் முயற்சிகள் பொதுவாக தோல்வியடைவதுடன், பாதுகாப்பானதும் அல்ல. ஆகவே புருவத் தோற்றம், தானாகவே சீரடையத் தவறிவிட்டால், பாதச்சுழற்சி செய்து, சிசுவை இழுத்து வெளியேற்ற முயற்சி செய்ய வேண்டும். இதற்கு, சிசு அசையும் நிலையில் இருக்க வேண்டும்; கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்திருக்க வேண்டும்; தலை நிலை பெற்றிருக்கக் கூடாது. சிசு முழு வளர்ச்சியடைந்திருந்தால், பாதசுழற்சிக்கான சூழ்நிலைகள் இல்லாதிருந்தால், வயிற்று வழியாக சிசுவை வெளியேற்ற முயற்சிக்க வேண்டும்.

தலை, கூபகத்தினுள் நுழைந்து விட்டால், பொறுத்திருந்து பார்க்கும் முறை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. தாய், சேயின் நிலை இடைவிடாது கண்காணிக்கப்படுகிறது. ஏதாவது சிக்கல்கள் தோன்றினால் (கருப்பை மந்தம், தலைக்கும் கூபகத்திற்கும் இடையே பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் நசுக்கப்படல், கருப்பை கிழிந்துபடுவதற்கான அறிகுறிகள்), அறுவை முறை கொண்டு பிரசவத்தை முடிக்க வேண்டும். பொதுவாக சிசு இறந்து படுகிறது. கபாலத்துளை அவசியமாகிறது.

முகத்தோற்றம்.

முமத்தோற்றம், பிரசவத்தின் போது உண்டாகிறது. கர்ப்பத்தின் போது அபூர்வமாக நிகழ்கிறது. தலையின் முழுமையான நீட்டவின் போது, இது உண்டாகிறது. ஐ.எஃப். ஸோர்டானியாவின் கூற்றுப்படி, முகத்தோற்றத்தில் பிரசவம், 0.23% கேசுகளில் நடைபெறுகிறது.

வெளிப்புற மற்றும் யோனிப்பரிசோதனைகள் மூலம் முகத்தோற்றத்தை நிர்ணயம் செய்யலாம். முழுமையான நீட்டலின் விளைவாக, தலை, சிசுவின் முதுகின் மேல் மடக்கப்படுகிறது. இதனால் பின்தலைக்கும் முதுகுக்கும் இடையில் ஒரு பள்ளம் உண்டாகிறது. சிசுவின் முதுகு முன்புறமாக மாடங்குகிறது. ஆகவே கருப்பைச் சுவரிலிருந்து பிரிந்து இருக்கிறது. ஆனால் மார்பு கருப்பைச் சுவரை நெருங்குகிறது. புறப்பரிசோதனை மூலம், கீழ்க்கண்ட, முகத்தோற்றத்திற்கான அறிகுறிகள் தெரிகின்றன:—(1) முடுகுக்கும், பின்புறமான தலைக்கும் இடையே பள்ளம். (படம் 245) (2) சிசுவின் இருதய தொனிகள், சிசுவின் முதுகின் மேல் அல்லாமல், மார்பில் (இங்கு, சிசுவின் சிறிய பாகங்



படம் 245. வெளிப்புறமாகத் தொட்டுப் பார்த்தல் மூலம் முகத்தோற்றத்தைத் தெரிந்து கொள்ளல்.

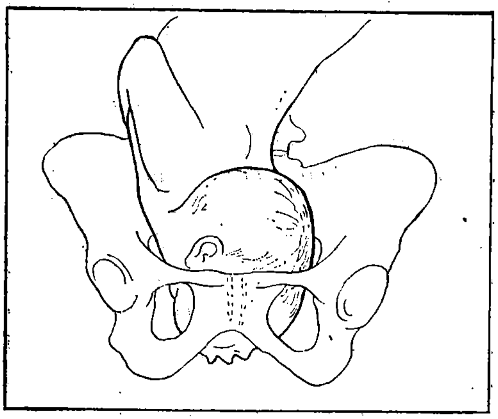
கள் தொட்டுத் தெரியப்படுகின்றன) கேட்க்கப்பகின்றன.

நெற்றி (முன் தலைத் தையலுடன்) புருவ வளைவுகள், மூக்கு, வாய், மோவாய் ஆகியவற்றை யோனிப்பரிசோதனையின் போது தொட்டுத் தெரியலாம். பனிநீர் வெளிப்பட்டபின், தோன்றும் பகுதியில் உண்டாகும் வீக்கம், முகத் தோற்றத்தைத் தெரிந்து கொள்வதற்கு இடையூறாக இருக்கிறது. வீக்கம் பெரிதாக இருந்தால், முகத்தோற்றத்தை, குண்டித் தோற்றம் எனத்தவறாக கணக்கிடலாம். ஆகவே முகத்தோற்றத்தையும், குண்டித் தோற்றத்தை நினைவில் கொள்ள வேண்டும்:—குண்டித் தோற்றத்தின் போது திரிகம், பிறப் புறுப்புக்கள், கவட்டை ஆகியவற்றைத் தொட்டுத் தெரியலாம். முகத்தோற்றத்தின் போது புருவவளைவுகள், மூக்கு, வாய், மோவாய் ஆகியவற்றை தொட்டுத் தெரியலாம். வீக்கம் பெரிதாக இருந்தால், சிசுவின் வாய், தவறாக குதம் என கருதப்படுகிறது. பரிசோதிக்கும் விரல் கொண்டு தாடைகள், நான்கு, வாயின் கடின அண்ணம் ஆகிய வற்றைத் தெரியலாம். அதே போது குதத்தினுள்விரல் இருந்தால், சுருக்கு தசையின் எதிர்ப்பைத் தெரிந்து கொள்ளலாம். எனினும் விரல் கொண்டு பரிசோதனை செய்வது தவிர்க்கப்பட வேண்டும். ஏனெனில் சிசுவிக்கு காய மேற்ப்படலாம். இதனால் தான், முகத் தோற்றத்தின் போது யோனிப்பரிசோதனை மிகவும் கவனத்துடன் செய்யப் பட வேண்டும்.

சிசுவின் தோற்றத்தை இறுதியாக நிர்ணயிக்க, யோனிப்பரிசோதனை செய்யப்படுகிறது. மோவாய் வலது பக்கம் நோக்கியிருந்தால் நிலையை இடது எனக்கொள்ளலாம். முகத்தோற்றத்தின் போது, சிசுவின் நிலையை மோவாய் கொண்டு நிர்ணயிக்கலாம். மற்ற தோற்றங்களின் போது முதுகும், பின் தலையும் எல்லை அடையாளமாகப் பயன்படுகிறது. (சில ஆசிரியர்கள், மகத்தோற்றத்தில்கூட, முதுகு உதவுகிறது எனக் கருதுகிறார்கள்.) மோவாய் முன்புறமாகவும், முதுகு பின்புறமாகவும் இருந்தால், தோற்றம் முன்புறமாக இருக்கிறது எனக்கொள்ளலாம். இதுவே பின்புறத் தோற்றத்திற்கும் பொருந்தும்.

பிரசவத்தின் இயக்க முறை. இரண்டாவது (வெளியேற்று) கட்டத்தின் துவசகத்தில், தலை கூபக நுழைவாயிலில் இருக்கிறது அல்லது நுழைகிறது. முன் தலைத் தையலிலிருந்து மூக்கு வழியாக மோவாய்க்குச் செல்லும் கோடு, கூபகத்தின் குறுக்கு/சாய்வு விட்டத்துடன் இணைகிறது.

முதல் அசைவு: நீட்டல். மோவாய் தான் கீழ்ப்புள்ளியாக இருக்கிறது அல்லது முன்னரும் ரள்ளியாக இருக்கிறது. (படம் 246) இந்த நிலையில், தலை, கூபகத்தளம் நோக்கி கீழிறங்குகிறது.



படம் 246. முகத்தோற்றம். நிலைபெற்ற தலை, நீட்டி இருக்கிறது.

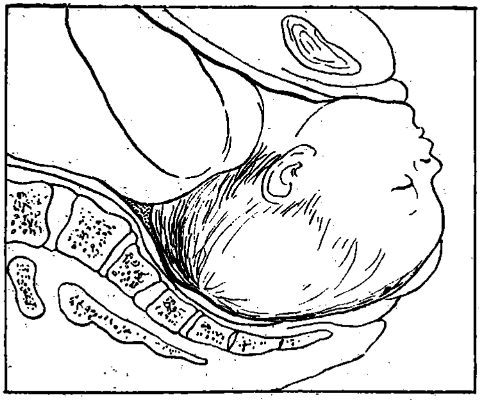
இரண்டாவது அசைவு: உட்சுழற்சி, கூப கத்தளத்தில் உச்சித்தலை சுழல்கிறது. சுழற்சியின் போது, மோவாய் முன்புற மாகத் திரும்புகிறது. முகக்கோடு, முத லில் சாய்வு விட்டத்துடனும், பின்னர் கூபக வெளிவாயில் தள முன்புற பின் புற விட்டத்துடனும், இணைகிறது.

மூன்றாவது அசைவு: தலையின் மடங் கல். வெளியேற்று சுருக்கங்களின் உந் தலால், மோவாய் மகுட நிலையடை கிறது. ஹையாய்டு எலும்பு, பூப்பி ணைப்புடன் ஒட்டியுள்ளது. (படம் 247) இந்தப் புள்ளியில் தலை சுழல்கிறது. முகம், உச்சித்தலை, பின்தலை ஆகி யவை மடங்கிய நிலையில், விடபத்தின் மேலாக வெளிப்படுகின்றன.

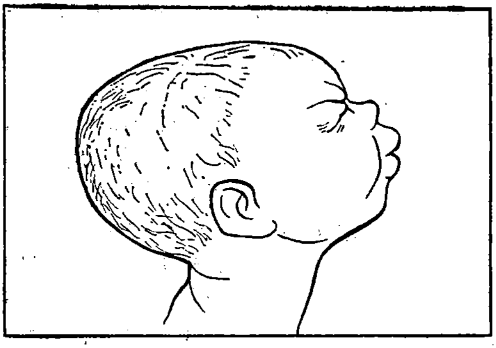
நான்காவது அசைவு: உச்சித்தலை யின் வெளிப்புறமான மூன்னுருமீட்சி. வீக்கம் முகத்தில் காணப்படுகிறது. (படம் 248)

முகம் சிவந்து நீலநிறத்துடன் உள் ளது. உதடுகளும், கண்ணிமைகளும் வீங்கியுள்ளன. சிசுவின் முதல் சில நாட் களில், பாலை உறிஞ்சுவது சிரமமாக இருக்கிறது. ஏனெனில் சில போது நாக் கும் வீங்கி விடுகிறது. தலை, கூபகத் தைக் கடக்கிறது. மிகச்சறிய சுற்றள வுடன் (32—33செ.மீ.), அல்குல் வளை யம் வழியாக வெளிப்படுகிறது. இந்தச் சுற்றளவு செங்குத்து விட்டத்திற்கு இணையாக இருக்கிறது. (9.5 செ.மீ.) கூபக அமைப்பும், பிரசவமும் சகஜமாக இருந்தால், பிரசவம் தானாகவே நிகழ் கிறது. சிசுபெரிதாக இருந்தால், வலு வற்ற சுருக்கங்கள், குறுகலான கூபகம் ஆகியவை இருந்தால் பிரசவம் நீடிக் கிறது. சிக்கல்கள் (இளந்திசுக்கள்) நசுக் கப்படல், சிசுவின் மூச்சுத்திணறல், எண் டோமெட்ரிய அழற்சி) உண்டாகின் றன.

மிகப்பெரிய சிக்கலான, நிரந்தரமான

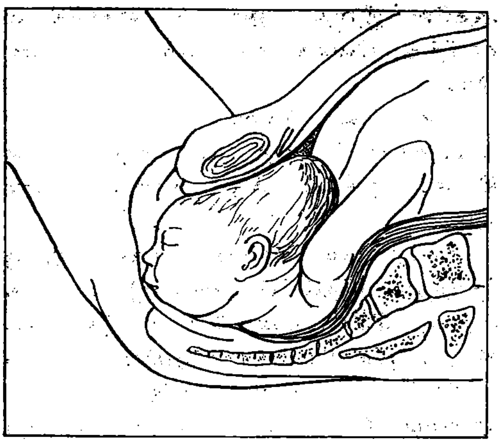


படம் 247. முகத்தோற்றம். தலை வெளிப்படல்



படம் 248. முகத்தோற்றத்தில் சிசுக் கபால வார்ப்பு

முகபின்புறத்தோற்றம், சில கேசுகளில் தோன்றுகிறது; மோவாய், வால் எலும் புப் பக்கம் திரும்புகிறது. நெற்றி, பூப் பிணைப்புப் பக்கம் திரும்புகிறது. (படம் 249) பிறப்புப்பாதை வழியாக, தலை வெளிப்படுவது தடைபடுகிறது. ஏனெனில் தலையுடன் மார்பும் சேர்த்து ஒன்றாக, கூபகத்தைக் கடக்க வேண்டி யிருக்கிறது. சிசுவின் தலையும் மார்பும் சேர்த்து, பெண் கூபகத்தின் அளவிற்கு ஒத்து வருவதில்லை. ஆகவே அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது.



படம் 249. முகபின்புறத் தோற்றம் (தானான பிரசவம் சாத்தியமில்லை).

பிரசவத்தை நடத்துதல்: முகமுன்புறத் தோற்றத்தில், பொறுத்திருந்து பார்க்கும் முறை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. ஏனெனில் பெரும்பாலான கேசுகளில் பிரசவம், சுமுகமாகவே, நிறைவு பெறுகிறது.

பிரசவத்தின் முதல் கட்டத்தில், பனி நீர் முன் கூட்டியே வெளியேறுவரைத் தவிர்க்க, பெண் படுக்கையிலேயே இருக்கப்பணிக்கப்படுகிறாள். சிசுவின் மோவாய் எந்தப் பக்கத்தில் இருக்கிறதோ, அந்தப்பக்கமாகவே பெண் படுத்திருக்க வேண்டும். இந்த நிலையில், மோவாய் கீழிறங்கி, பிரசவம் ஊக்குவிக்கப்படுகிறது.

இரண்டாவது கட்டத்தில், மகப்பேறு டாக்டர், தாயின், சேயின் நிலையை நன்கு பராமரிக்க வண்டும்; பிரசவத்தின் தன்மையையும்; சிசுத்தலையின் முன்னேற்றத்தையும் கவனிக்க வேண்டும். மோவாய் வெளிவரும் வரை பொறுத்திருக்கலாம். ஆனால் பின்னர் உரிய உதவி அளிக்கப்பட வேண்டும். முகத்துக்கு சேதம் எதுவும் நேர்ந்து விடாது, தலையை தனிக்கவனத்துடன் கையாள வேண்டும். முகம் வெளிப்பட்டவுடன் தலையை, கவனத்துடனும் மெதுவாகவும், பூப்பிணைப்புப் பக்கமாகத் திருப்பி விடப்பட வேண்டும். பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்களை வெளிப்பட்ட தலையிலிருந்து, மற்றொரு கையால் விடுவிக்க வேண்டும். முகத்தோற்றத்தில் விடபம் சேதமடைகிறது. இதைத் தவிர்ப்பதற்கான வழி முறைகளைப் பின்பற்ற வேண்டும். சேதமடையும் ஆபத்து இருக்கும் போது, விடபத்துளை அறுவை செய்ய நேரிடும்.

சிக்கல்கள் உருவானால் (மூச்சுத்திணறலைக் கட்டுப்படுத்த, பிரசவத்தைத் தூண்ட), மருத்துவ உதவி தேவைப்படும். சிசுவிற்காகவாவது அல்லது தாய்க்காகவாவது, வயிற்று கருப்பைத் துளை அறுவை செய்ய நேரிடும். முகபின் தோற்றத்தில் அறுவை (சிசேரியன் அறுவையோ அல்லது கபாலத்துளை அறுவையோ) கட்டாயமாக தேவைப்படுகிறது; ஏனெனில் தானாகவே கூபகம் வழியாக சிசு வெளிப்படுவது நடவாத ன்றாகும். கருப்பை சதைந்து படுவதாலோ, சீழ்பிடிப்பாலோ, தாய் மரணமடைய நேரிடும்.

இணைவு நிலை இல்லாமை:

பூப்பிணைப்பிலிருந்தும் திரிகப்புடைப்பிலிருந்தும் தையல், சம தூரத்தில் இருக்கும் போது, சிசுத்தலையின் மட்டத்தையல், கூபக இருசுடன் இணைவு நிலையில் இருப்பது சிங்கடிலிசம் (இணைவு நிலை) எனப்படுகிறது. இணைவு நிலை இல்லாமையின் போது, மட்டத்தையல், பூப்பிணைப்பை நோக்கியோ அல்லது திரிக முனைப்பை நோக்கியோ விலகி இருக்கிறது. மட்டத்தை

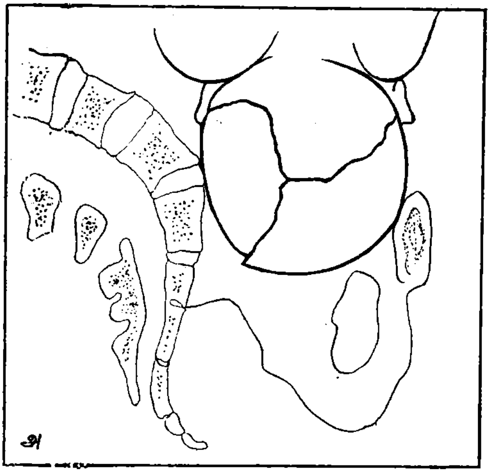
யல், நேரிணை மட்டத்திற்கு முன்புற மாக இருந்தால், அதாவது பூப்பிணைப் புக்கு அருகே இருந்தால், பின்புற பக்க கபால எலும்பு தோற்றமளிக்கும் போது, இந்த நிலை பின்புற இணைவு நிலை இல்லாமை எனப்படுகிறது. சக ஜமான பிரசவத்தின் போது, ஓரளவான இணைவு நிலை இல்லாமை, தற்காலீக நிகழ்வாக இருக்கிறது. தலை கூபகத் தினுள் கீழிறங்கியலும், இணைவு நிலை இல்லாமை மறைந்து விடுகிறது. இந்த வகையான இணைவு நிலை இல்லாமை சகஜமான பிரசவத்தில், உடலியங்கி யல் சார்ந்ததாகும்.

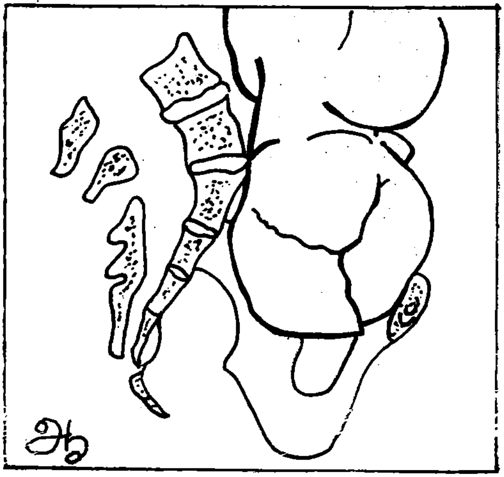
நிரந்தரமான, ஓரளவான இணை நிலை இல்லாமை (பெரும்பாலும் முன் புறமான), பெரும்பாலும் குறுகலான தட்டையான கூபகத்தில் உண்டாகி றது. ஓரளவான இணைவு நிலை இல் லாமை, குறுகலான தட்டையான ஒரு கூபகத்தின் வழியே தலை கடந்து செல்ல, வகை செய்கிறது. (பிரிவு 24) ஆகவே இதை ஒரு உடலியங்கியல் சார்ந்த நிலையாகக் கொள்ள வேண் டும்.

மிகையான இணைவு நிலை இல்லா மை, சகஜ பிரசவத்திற்கு ஊறு விளைக் கிறது. ஆகவே அது அசாதாரணமா கும்.

அசாதாரண முன்புற பக்க எலும்பு தோற்றம் (நேகிலின் பிறழ்வு) மட்டத் தையல் திரிகமுனைப்பின் அருகே இருக் கிறது. முன்புற பக்க எலும்பு தோற்ற மளிக்கிறது; பின்புறப்பகுதி, திரிக முனைப்பில் நின்று விடுகிறது. பின்புற கோளின் மீது தலை மடங்கியுள்ளது (படம் 250 அ).

அசாதாரண பின்புற பக்க எலும்புத் தோற்றம் (லிட்ஸ்மானின் பிறழ்வு) மட் டத்தையல், பூப்பிணைப்புக்கு அருகே இருக்கிறது. பின்புற பக்க எலும்பு தோற்றமளிக்கிறது. முன்புறப்பகுதி, பூப்பிணைப்பில் நின்று விடுகிறது. தலை, முன்புற தோள்மேல் மடங்கி





படம் 250. அசாதாரண இணைவுநிலை இல்லாமை.
அ) அசாதாரண முன்புற இணைவுநிலை இல்லாமை.
ஆ) அசாதாரண பின்புற இணைவுநிலை இல்லாமை.

யுள்ளது. (படம் 250 ஆ) மிகையான பின்புற இணைவு நிலை இல்லாமையில், சிசுவின் செவியை திரிக முனைப்பின் பக்கத்தில் தொட்டுத் தெரியலாம்.

குறுகலான கூபகம், தொய்ந்த வயிற்றுச் சுவர் (தொங்கும் வயிறு), தலையின் பக்கத்தில் பிதுங்கியுள்ள மேற்கை, போன்ற மற்றும் பல காரணங்கள், அசாதாரண இணைவு நிலை இல்லாமைக்கு வழிவகுக்கின்றன. கூபக இருசிலிருந்து, பூப்பிணைப்புப் பக்கமாகவோ அல்லது திரிகம் நோக்கியோ, மட்டதையல் நிரந்தரமாக விலகி இருப்பதை யோனிப்பரிசோதனை மூலம் கண்டறிந்து, இணைவு நிலை இல்லாமையை நிர்ணயம் செய்யலாம்.

அசாதாரண இணைவுநிலை இல்லாமை, பிரசவத்தின் போது தலையின் போக்கைத் தடை செய்கிறது. சுருக்கங்கள் பலமாக இருந்து, சிசுத்தலை சிறயதாக இருந்து, கூபகம் பெருமளவில் குறுதி இல்லாவிடில், பிரசவம் தானாகவே நிறைவு பெறலாம். சிசுத்தலை நன்கு வார்ப்படைகிறது; சாய்வு நிலையை அடைகிறது. சுருக்கங்கள் பலமாக இருந்து, தோன்றும் பக்க எலும்பு கூபகத்தில் மேலும் நிலை பெற்று விடுகிறது; பின்னர் மற்ற பக்க எலும்பு; பூப்பிணைப்பிலிருந்து அல்லது திரிக முனைப்பிலிருந்து கீழிறங்குகிறது.

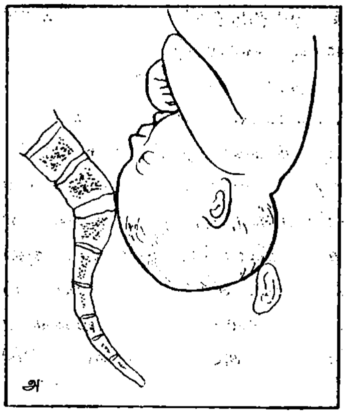
பிரசவம் நீடிக்கிறது; பிறப்புப்பாதை மற்றும் மூத்திரப்பையின் இளந்திசுக்கள், நசுக்கப்படுகின்றன. இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை, மூச்சுத்திணறல், கருப்பை உட்காயங்கள் போன் மற்றும் பல சிக்கல்கள், அடிக்கடி தோன்றுகின்றன. அசாதாரண பின்புற இணை நிலை இல்லாமையில், முன்கணிப்பு பாதகமாகவே இருக்கிறது. மிகையான பின்புற பக்க எலும்பு நிலை, பிரசவத்திற்கு இடைஞ்சலாக உள்ளது.

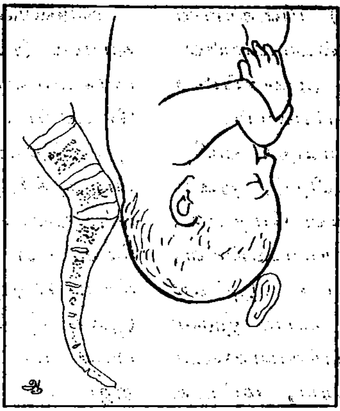
பிரசவத்தை நடத்துதல்: — அசாதாரண இணைவு நிலை இல்லாமையில், பிரசவத்தை, ஒரு டாக்டரே நடத்த வேண்டும். ஓரளவான, குறிப்பாக முன்புற இணைவு நிலை இல்லாமையில், பொறுத்திருந்து பார்க்கும் சிகிச்சை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. அபாயமான சிக்கல்கள் தோன்றினால், அறுவை அவசியமாகிறது. மிகையான பின்புற இணைவு நிலை இல்லாமையில் முனைப்பான மகப்பேறு உதவி தேவைப்படுகிறது.

சிசு அசையும் நிலையில் இருந்தால், அனுபவம் மிக்க டாக்டர் ஒருவர், பாத சுழற்சயை மேற் கொள்ளலாம். இல்லையெனில் வயிற்றுவழி கருப்பைத்துளை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது; (சிசு உயிருடன் இருந்தால்). சிசு மரித்து விட்டால் சிதைக்கும் அறுவைகள், சிசு மீது, செய்யப்பட வேண்டும்.

நேரடியாக நிலை பெறல்

பொதுவாக, தலை, கூபகத்தினுள் நுழையும் போது, மட்டத்தைலும், குறுக்கு சாய்வு விட்டமும் இணைந்து இருக்கும். ஆனால் அபூர்வமாக, மட்டத்தையல், முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் (உண்மையான இணைப்பளவு) இணைந்திருக்கும். பின்தலை பூப்பிணைப்பை நோக்கியோ அல்லது திரிகத்தை நோக்கியோ திரும்ப முடியும். பின்தலை முன்புறமாகத் திரும்பினால், இந்த நிலை பின்தலை பூப்பு நிலை (படம் 251 அ) எனப்படுகிறது. பின்புறமாகத் திரும்பி, திரிகம் நோக்கி இருந்தால் அந்த நிலை, பின்தலை திரிகநிலை (படம் 251 ஆ) எனப்படுகிறது. குறுகலான கூபகம், சிசுத்தலை வடிவத்தில் மாற்றங்கள் (இருபக்க எலும்பு விட்டம், பின்தலை அடி முன்னுச்சிகுழி





படம் 251: நேரடியாக நிலை பெறல்.
அ) பின்தலை பூப்பு நிலை
ஆ) பின்தலை திரிக நிலை

விட்டத்தை விட பெரிதாக இருக்கிறது), கருப்பையின் குறைந்த விறைப்புத்தன்மை, வயிற்றுச்சுவரின் பலவீனம் ஆகியவை, மேற்கூறிய சிக்கலுக்குக் காரணமாக அமைகிறது.

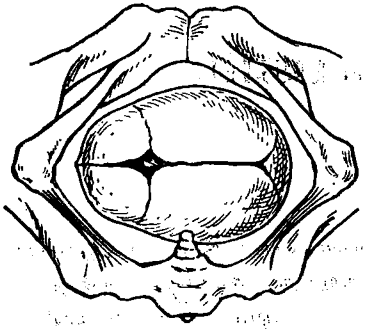
முன்புற பின்புற விட்டத்தில் தலையின் நிலை, பிரசவத்தின் போக்கை சிக்கலடையச் செய்கிறது. வெளியேற்று கட்டம் நீடிக்கிறது; பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசுவின் தலையின் முன்னேற்றம் நின்று, கருப்பையின் மந்தம் உண்டாகிறது. இனப்பெருக்குப் பாதையின் இளந்திசுக்கள் நசுக்கப்படுகின்றன; மூச்சுத்திணறல், உட்கபாலக் காயங்கள் போன்ற சிக்கல்கள் தோன்றி அறுவை சிகிச்சை அவசியமாகிறது. கூபக அமைப்பும், பிரசவ சக்திகளும் சகஜமாக இருந்தால், சிசுவும் சிறியதாக இருந்தால், பிரசவம் தானாகவே நிறைவு பெறுகிறது.

பின்புறத் தோற்றத்தை விட, முன்புறத் தோற்றத்தின் முன்கணிப்பு சாதகமாக இருக்கிறது. தலை வலுவாக மடங்கி, கூபக மட்டங்கள் வழியே தள்ளப்படுகிறது. பெண் கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் மட்டத்தையல் இணைந்துள்ளது. தலை, கூபகத் தளத்தை அடைந்தவுடன், அதன் பின் தலை அடிப்பகுதி பூப்பிணைப்பைச் சுற்றி சுழல்கிறது. தலை, திருப்பப்பட்டு, வெளிப்படுகிறது.

சிசுத்தலை, மிகையாக வார்ப்படைகிறது. பின்புறத் தோற்றத்தில், தலை மடங்கியுள்ளது. இந்த நிலையில், தலை கூபகத்தை அடைகிறது. (சிறிய தலை. முறையான கூபகம், வலுவுள்ல பிரச தலை, 180° திரும்பலாம். ஆகவே, தலை, முன்புறத் தோற்றமாக வெளிப்படலாம். தலை, உட்புறமாகச் சுழலத் தவறிவிட்டால், அது, பின்புறத் தோற்றத்திலேயே வெளிப்படலாம். இந்த நிலையில் தானாகவே பிரசவம் சாத்தியமில்லை; ஆகவே அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது; (பாத சுழற்சி, சிசேரியன் அறுவை, இடுக்கிப் பிரயோகம், காலத்துளை இன்னபிற).

தலையின், தாழ்வான குறுக்கு நிலை

சகஜப்பிரசவத்தின் இந்த மாறுபாட்டில், தலை, உட்புறமாக சுழலத் தவறிவிடுகிறது. அதன் மட்டைத்தையல், குறுக்கு கூபக விட்டத்துடன் இணைந்து கூபகத் தளத்தை அடைகிறது (கூபக வெளிவாயில் நளம்). (படம் 252) குறுகலான அல்லது தட்டையான கூபகத்



படம் 252. தலையின் தாழ்வான் குறுக்குநிலை.

தில், இது நிகழ்கிறது. கூபகத்தளத்த சைளிகன் தளர்ச்சியும், இந்தஅசாதாரண நிலைக்குக் காரணமாக அமைகிறது.

சிசு வெளிப்படல் சிரமமாக இருக்கிறது. தலையின் திருப்பத்தை, விறைப்பான இஸ்கிய புடைப்புகள், தடை செய்கின்றன. ஆகவே, மட்டத்தையல், குறுக்கு கூபக விட்டத்தில் வெளிப்படத் தவறுகிறது. தலையின் உட்சுழற்சி நிகழ்ந்தால், கூபகத்திலிருந்து, நிலை பெயரலாம். மட்டத்தையல், கூபகத்தின் முன்புற பின்புற விட்டத்துடன் இணைகிறது. பிரசவத் தூண்டல்கள் வலுவாகவும், நீடித்தும் இருந்து, கூபகம் குறுகலாக இல்லாமல் இருந்தால், உட்சுழற்சி நடைபெறலாம். தலை, சுழல தவறினால், தாய்க்கும், சேய்க்கும் ஊறுவிளைவிக்கும் சிக்கல்கள் தோன்றலாம். (இனப்பெருக்கப் பாதையின் இளந்திசுக்களின் நசுங்களும், சிதைவும், முத்திர பையின் சதைவும் நிகழ்கிறது; நோய் தொற்று, சிசுவின் மூச்சுத்திணறல் இன்னபிற.)

பிரசவம் நடத்தப்படுவது, பொறுத்திருந்து பார்க்கும் முறையாகும். ஒரு பக்கமாக (சிசுவின் பின்தலை காணப்படும் இடத்தில்) கர்ப்பிணி, படுக்கப் பணிக்கப்படுகிறாள். கருரினப்யுள் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க, முறைகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். தாயின், சேயின் உடல் நிலை கண்காணிக்கப்பட வேண்டும். சிக்கல்கள் தோன்றினால், அறுவை உதவி தேவைப்படுகிறது. சிசு உயிருடன் இருந்தால், கிருக்கி கொண்டு சிசுவை வெளியேற்றலாம். சிசுமரித்து விட்டால், கபாலத்துளை செய்யப்பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 24

குறுகலான கூபகம்.

கூபகத்தின் குறுகல், நவீன மகப் பேறு இயலின் முக்கியமான சிக்கல்க ளில் ஒன்றாகும். குறுகிய கூபகம் கொண்ட பெண்களின் பிரசவம், தாய்க் கும் சேய்க்கும் சிக்கல்களையும், ஆபத் துகளையும் உண்டாக்கும். இத்தகைய சிக்கல்களைச் சமாளிக்க, திறமையான மகப்பேறு உதவியும், அறுவை முறை களும் தேவைப்படுகின்றன. குறுகலான கூபகம் பற்றிய பிரச்னை, மருத்துவ இலக்கியத்தில் பெருத்த விவாதத்திற் குட்பட்டதாக இருக்கிறது. ஏ.யா.கிரா சோவ்ஸ்கி, என்.என். ஃபினோமெ னோவ், ஏஃப். பால்மோவ் போன்ற ருஷ்ய மகப்பேறு நிபுணர்கள். இந்தச் சிக்கலான பிரச்னை பற்றிய ஆராய்ச் சிக்கு பெரிதும் உதவியுள்ளனர்.

குறுகலான கூபகம் என்ற கொள்கை: எம்.எஸ். மாலினோவ்ஸ்கி, குறுகலான கூபகம் பற்றி கீழ்க்கண்டவாறு விவரிக் கிறார்:—''ஒரு முதிர்ச்சியடைந்த சிசு, குறிப்பாக அதன் தலை, கூபகத்தின், வழியாகச் செல்லும் போது, அதற்கு யாந்திரீக தடை ஏற்ப்பட்பில், அத்த கைய கூபகம், குறுகிய ஒன்று எனக்கரு தப்படுகிறது.'' கூபகத்தைக் கடக்கும் போது, சிசுவுக்கு ஏற்படும் எதிர்ப்பு பல் வறு வகைப்பட்டது. குறுகல் ஒர ளவாக இருந்தால் சிரமங்கள் அதிகமாக இராது; பிரசவம் தானாகபவ நிறைவு பெறுகிறது; கபால—கூபக முரண்பாடு மிகையாக இருந்தால், தடங்கல்களைச் சமாளிப்பது சிரமமாகும்.

எல்லா விட்டங்களும் (முன்புற பின் புற, குறுக்கு, சாய்வு) அல்லது சில விட் டங்கள் மட்டும் (முன்புற பின்புற அல் லது குறுக்கு), அல்லது ஒரே ஒரு விட்டம் மட்டும், (எ. கா. கூபக நுழைவாயி லின் முன்புற பின்புற விட்டம்) குறுக லான கூபகத்தில், குறைவாக இருக்க லாம். இவைகளை கவனத்தில் கொண்டு ஏ.யா.கிராசோவ்ஸ்கி குறுகலான கூப கம் பற்றி பின்வருமாறு கூறுகிறார்: ''கூபகத்தின் எல்லா விட்டங்களும் அல் லது சில விட்டங்கள் மட்டும், அல்லது ஒரே ஒரு முக்கியமான விட்டம் மட் டும், குறுகலான கூபகத்தில் குறைந்தி ருக்கலாம்.''

குறுகலான கூபகத்தில், மிகவும் முக்கி யமான கூபக விட்டம், உண்மையான இணைப்பளவாகும். இது 11செ.மீக்கு (எ.கா. 10 செ.மீ) குறைவாக இருந் தால். கூபகத்தை குறுகிய ஒன்றாகக் கொள்ள வேண்டும். உண்மையான இணைப்பளவை, மூலை விட்டக் கோட் டிலிருந்தும், வெளிப்புற இணைப்பள வையிலிருந்தும் கணக்கிடலாம். வெளிப் புற இணைப்பளவ 19 செ.மீக்கும் குறை வாக இருந்தால் (18 செ.மீ.), கூபகத் தை, குறுகிய ஒன்றாகக் கொள்ள வேண்டும்.

கூபகத்தை அளவிட்டு, கூபகத்தின் அனைத்து அல்லது ஏதோ ஒரு விட்டம் குறைந்திருப்பதை நிர்ணயம் செய்து, குறுகலை நிர்ணயிக்க முடியும்.

உடற்கூறு இயல் முறையில், குறுக

லான கூபகம், கூபகத்தின் வழியாக சிசு வெளியேற இடையூறாக இருக்க வேண்டும் என்ற அவசியம் இல்லை. ஓரளவான குறுகல் இருந்து, பிரசவத்தின் போக்கு, கூபக விட்டங்களை மட்டும் சார்ந்திராமல், கீழ்க்கண்ட அம்சங்களையும் பொறுத்துள்ளது:—பிரசவத்தின் உந்து சக்திகள், சிசுவின் அளவு, சிசுத்தலையின் வார்ப்படையும் சக்தி, கருப்பைச் சுருக்கங்கள் வலுவுடன் இருந்து, சிசுவும் பெரிதாக இல்லாமலிருந்தால், தலையும் எளிதில் வார்ப்படையுமானால், பிரசவம் தானாகவே இனிதே முடியும். கருப்பையின் மந்தம் இருந்தால் அல்லது சிசு பெரிதாக இருந்தால், இதே கூபகம், தானாகவான பிரசவத்திற்கு, இடையூறாக இருக்கும். இதே அளவான குறுகலுடன் (எ.கா:—வெளிப்புற இணைப்பளவு 18 செ.மீ), ஒரு பெண் சகஜமாக பிரசவிக்கலாம்; அதே போது, மற்றொரு பெண், சிக்கலுக்கு உள்ளாகலாம். ஆகவே உடற்கூறு முறைப்படி குறுகலாக இருக்கும் கூபகம், மருததுவ முறைப்படி குறுகலாக இருக்க வேண்டும் என்ற அவசியம் இல்லை. உடற்கூறு இயல்படியான குறுகிய கூபகம் (பிரசவத்தின் போக்கு மற்றும் முடிவைப் பொறுத்து உள்ள குறுகல்), உண்மையாக குறுகலா, அல்லவா, என்பது கீழ்க்கண்டவற்றைப் பொறுத்துள்ளது:—கருப்பை மற்றும் வயிற்றுச் சுருக்கங்கள், தலையின் அளவு, வார்ப்படையும் திறன், இன்னபிற.

கூபக அளவு கருவி கொண்டு, குறுகலான கூபகத்தை நிர்ணயம் செய்யலாம் மருத்துவ முறைப்படி, ஒரு கூபகம் குறுகலானதா அல்லவா என்பதை, பிரசவத்தின் போது பிரசவ உந்தல்களின் தன்மையை அளவிட்டும், தலையின் போக்கைக் கொண்டும், நிர்ணயிக்க முடியும்.

சுருங்கக்கூறின், பிரசவத்தின் போது, ஒரு சிசுவின் சகஜ வெளிப்பாட்டுக்கு, இடைஞ்சலாக இருக்கும் கூபகம், குறுகியதாகக் கொள்ளப்படுகிறது.

மிகையாகக் குறுகி இருந்தால், மருத்துவமுறைப்படியும் குறுகியதாகவே கொள்ள வேண்டும். வலுவான சுருக்கங்களும், சிசுத்தலையின் போதிய வார்ப்பும் இருந்தால் கூட, சுகப்பிரசவமாக இருக்க முடியாது.

காரணங்கள் குறுகிய கூபகத்திற்கு பல்வேறு காரணங்கள் உண்டு. குறுகலான கூபகம், குறை வளர்ச்சியின் (மழலியம்) பிரதான அறிகுறிகளில் ஒன்றாகும். உடலின் சகஜ வளர்ச்சிக்கு இடையூறாக இருக்கும் எல்லா நிலைகளும், குறுகலான கூபகத்திற்கும் காரணமாக இருக்கலாம். இவையாவன:—பாதகமான வாழ்க்கைத்தரம், குழந்தைப்பருவ கொடிய நோய்கள், பாலின முதிர்ச்சியின் போதான கொடிய நோய்கள், குழந்தைப்பருவ ரிக்கட்சும் இன்னபிற. ஏனெனில் இங்கு, எலும்புகள், குறிப்பாக கூபக எலும்புகள் மெல்லியதாகின்றன. கபால மற்றும் மாரபு, முதுகு, கால்கள், கூபகம் ஆகியவற்றின் எலும்புகளில் ஏற்படும் மாற்றங்களுக் ரிக்கட்சே காரணமாகும். எஸிம்பு மற்றும் மூட்டுக்களின் காசநோயும், கூபகத்தின் குறுகலுக்கும், மற்ற விகார அமைப்புக்களுக்கும் காரணமாக இருக்கலாம். குழந்தைப்பருவத்தில் தொடை எலும்பு மற்றும் முழங்கால், முதுகெலும்பு ஆகியவற்றின் காச நோயும், ஆபத்தை விளைவிக்கிறது. கூபக எலும்புகளின் முறிவுகள், மூட்டுக்களின் இடப்பெயர்வுகள், கால் முறிவுகளின் பின்னான சீரற்ற எலும்பிணைப்பு ஆகியவை முடத்தை உண்டாக்கி, மற்றும் பல இயக்கக் கோளாறுகளையும் உண்டாக்குகின்றன. கூபகத்தின் கட்டிகள்,

5 வது கீழ்முதுகு எலும்பின் முன்பிறழ்வு ஆகிய அனைத்தும் குறுகலான கூபகத்திற்கு காரணமாக இருக்கிறது.

குறுகலான கூபகத்தின் வகைகள்

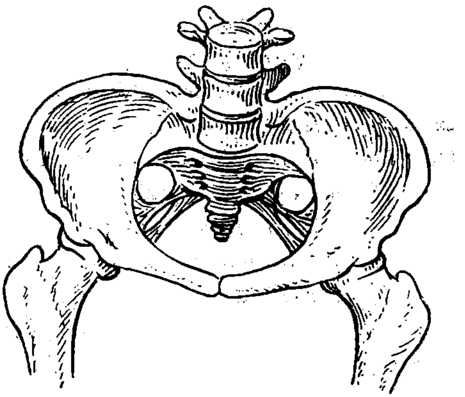
குறுகலின் அளவையும், கூபக விகாரத்தின் வகையையும் பொறுத்து, குறுகிய—கூபகங்கள் வகைப்படுத்தப்படுகின்றன:

கூபக அமைப்பு கொண்டுவகைப்படுத்தல்: கீழ்க்கண்ட பிரதான வகைகள், குறுகிய கூபகத்தில், பிரித்தறியப்படுகின்றன:—கூபகம் ஈக்குவாபிலிட்டர் ஜஸ்டோமைனர். (அல்லது ஜஸ்டோமை னர்); தட்டையான கூபகம், குறுகிய தட்டையான கூபகம்; அபூர்வமான வகைகளும் காணப்படுகின்றன.

1) கூபக ஈக்குவாபிலிட்டர் ஜஸ்டோமைனரில், எல்லா விட்டங்களும் (முன்புற பின்புற, குறுக்கான, சாய்வான) குறைந்து காணப்படுகின்றன. அவை அனைத்தும் சமமாகவே குட்டையாக உள்ளன; 1—2 செ.மீ.வரை. (படம் 253)

குட்டையான, நோஞ்சலான பெண்களிலும், மழலியம் கொண்ட பெண்களிலும் (குறை வளர்ச்சியடைந்த மார்பகங்கள், மெல்லிய பூப்புமயிர், மழலிய புறப்பிறப்புறுப்புக்கள் முதலியன) மேற்கூறிய கூபகம் காணப்படுகிறது.

மிகப் பெரிய எலும்புகளையும், நன்கு வளர்ச்சியடைந்த தசைகளையும் கொண்ட உயரமான பெண்களில் இத்தகைய கூபகம் காணப்படுகிறது. இத்தகைய பெண்களின் கூபக அமைப்பு, ஆண்களின் தன்மை—குறுகிய திரிகம், குறுகிய பூப்புவளைவு—கொண்டுள்ளது; கூபகம், குறிப்பாக, வெளிவாயில் குறுகலடைந்துள்ளது. (பெய் குழல் வடிவ கூபகம்.

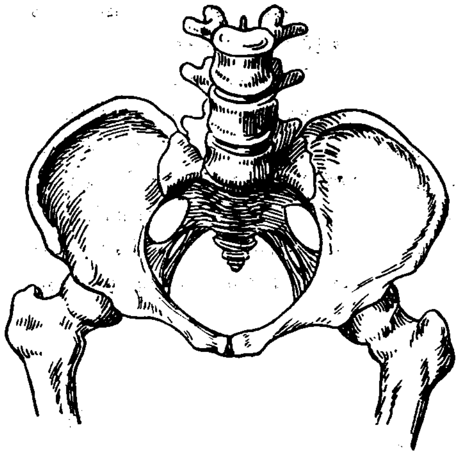


படம் 253. ஜஸ்டோமைனர் கூபகம்

தட்டையான கூபகம். இங்கு, குறைந்த அளவுள்ள முன்புற பின்புற விட்டங்களும், குறைந்தும், சகஜமான குறுக்கு, சாய்வு விட்டங்களும் காணப்படுகின்றன. குறுகல் இரண்டுவகையான தன்மை கொண்டது. அ) எல்லா முன்புற பின்புற விட்டங்களும் குறைந்துள்ளன. (எளிய தட்டையான அல்லது பிளாடிபெல்லிக் கூபகம்.) ஆ) கூபக நுழைவாயில் தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டம் மட்டுமே (உண்மையான இணைப்பளவு) குறைந்துள்ளது; ரிக்கட்ஸ் கொண்ட தட்டையான கூபகம்.

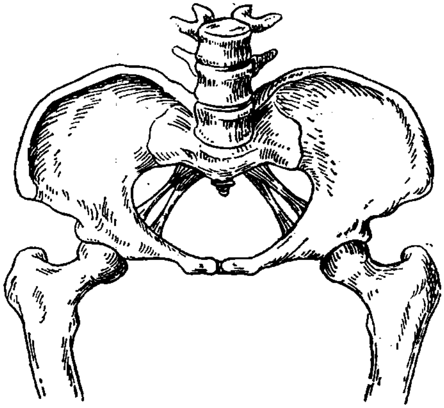
அ) **எளிய தட்டையான (அல்லது தட்டையா அகன்ற) கூபகம்:** — திரிகப் பரப்பு முழுவதும் பூப்பிணைப்பை நோக்கிச் சாய்ந்துள்ளது. ஆகவே கூபக தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டங்கள்அனைத்தும் குறைந்துள்ளன. கூபகத்தின் எலும்புகளில் விகாரங்கள் காணப்படுவதில்லை. (படம் 254) எளிய தட்டையான கூபகம் கொண்ட பெண்ணின் உடல் வாகு சகஜமாகவே இருக்கிறது.

ஆ) **ரிக்கட்சுடன் தட்டையான கூபகம்:**—இங்கு எலும்புகள் தாறுமாறாக இருக்கின்றன. இலியாக் எலும்புகளின் சிறகுகள் பெரிய இடைவெளியுடன்



படம் 254. எளிய தட்டையான (தட்டையான அகன்ற) கூபகம்

காணப்படுகின்றன. முன்புற மேற்புற முனைப்புகளுக்கிடையேயான தூரம் அதிகமாக இருப்பதால் முனைப்புகளுக் கிடையேயான விட்டம், முகடுக்கு இடையேயுள்ளதைப் போன்று இருக் கின்றது. ரிக்கட்சாலான விகாரங்கள் அதிகமாக இருந்தால் முகடுகளுக்கிடை யேயான விட்டங்களும், முனைப்பக ளுக்கிடையேயான விட்டங்களும் சம மாகவே உள்ளன; அல்லது முனைப்பு களுக்கிடையேயான விட்டம், முகடுக ளுக்கிடையேயான விட்டத்தை விட, அதிகமாக இருக்கிறது. (சகஜமாக முனைப்புகளுக்கு இடையேயான விட் டம், முகடுகளுக்கிடையேயான விட் டத்தை விட 3 செ.மீ. குறைதாகவே உள்ளது.) திரிகம் குட்டையாக, தட் டையாக இருந்து, அதன் கிடைமட்ட இருசில் திரும்பியுள்ளது. இதனால் அதன் அடித்தளம், பூப்பிணைப்புக்கு அருகே இருக்கிறது. அதன் நுனியுடன் கூடிய உச்சி, பின்புறமாக பிரண்டு உள் ளது. திரிக முனைப்பு, பெருமளவில் முன்புறமாக பிரண்டு உள்ளது. (படம் 255) திரிக முனைப்பு முன்புறமாகத் திரும்பி இருப்பதால், கூபக நுழைவா யில், ஒரு பயறுவடிவத்தில் இருக்கிறது; முன்புற பின்புற விட்டம் குறைந்துள் ளது; அதே போது குறுக்கு சாய்வு விட் டங்கள் முறையாக இருக்கின்றன. எவ் வளவுக்கெவ்வளவு முன்புறமாக திரிக முனைப்பு பிரண்டு இருக்கிறதோ, அந்த அளவுக்கு உண்மை இணைப்ப ளவு குட்டையாக இருக்கிறது. கூபக வெளிவாயில் தளத்தின் விட்டங்கள் அதிகரிததுள்ளன. முன்புற பின்புற விட் டம் நீளமாக உள்ளது. ஏனெனில் திரிக உச்சி பின்புறமாக தள்ளப்பட்டுள்ளது. அதே போது முனைப்புகளுக்கிடையே யான விட்டம் அதிகரிப்பதால், குறுக்கு விட்டமும் அதிகரிக்கிறது. (சகஜமான கூபகத்தை ஒப்பிட்டுப் பார்க்கும் போது) ரிக்கட்ஸ் கூபகத்தில், பூப்புக் கோணம் அகலமாக இருக்கிறது. தட் டையான ரிக்கட்ஸ் கூபகத்தின் குழிவு, சகஜமாக அல்லது அதிகரிததுள்ளது. ஆகவே, தட்டையான, ரிக்கட்ஸ் கூப கத்தில், கூபக நுழைவாயில் தளத்தின் பிரதான முன்புற பின்புற விட்டம்



படம் 255. தட்டையான ரிக்கட்ஸ் கொண்ட கூபகம்

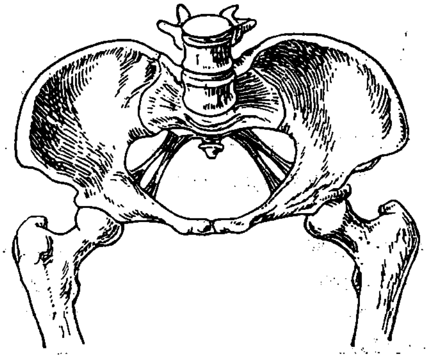
குறைந்து (உண்மையான இணைப்பளவு) இருக்கிறது.

கடந்த காலத்தில் ரிக்கட்ஸ் நோயால் பாதிக்கப்பட்ட பெண்களில் கீழ்க்கண் எலும்பு விகாரங்கள் காணப்படுகின்றன:—"சதுரமான 'தலை'', "S" வடிவ காரை எலும்புகள், வளைந்த நீளமான கால்கள், தாறுமாறான முதுகெலும்புகள், மார்பு எலும்புகள் முதலியன. இந்த மாற்றங்கள், பலவகையான அளவில் இருக்கலாம்.

3) பொதுவாக குறுகலடைந்த தட்டையான கூபகத்தில் எல்லா விட்டங்களும் குறைந்து காணப்படுகின்றன. ஆனால் மற்ற விட்டங்களை விட முன்புற விட்டங்கள் மிகையாக குறைந்துள்ளன. (படம் 256)

கூபக நுழைவாயில் தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டம், மிகையாகக் குறைந்து காணப்படுகிறது. பொதுவாகக் குறுகிய தட்டைக் கூபகத்தில் மற்றும் இரண்டு அசாதாரண நிலைகள் காணப்படுகின்றன. மழலியம், குழந்தைப்பருவ ரிக்கட்ஸ். இதனால் எலும்புக் கூபகத்தில் பல விகாரங்கள் காணங்கள் காணப்படுகின்றன. பொதுவாக கூபகம் குறுகிக் காணப்படுகிறது. மேலும் முன்புற பின்புற விட்டங்கள் பெருமளவில் குறைந்திருப்பதால், கூபகம் தட்டையாகவும் காணப்படுகிறது.

பொதுவாக குறுகிய தட்டை கூபகம், முறையான பிரசவத்திற்கு இடையூ



படம் 256.பொதுவாகக் குறுகலடைந்த தட்டையான கூபகம்

அட்டவணை 2 (சென்டிமீட்டர்களில்)

கூபக வகைகள்	முனைப் பிடை விட்டம்.	முகட் டிடை விட்டம்	கண்டு களிடை விட்டம்	வெளிப்புற இணைப் பளவு	மூலைவிட்ட இணைப் பளவு	இணைப் பளவு
சகஜமான மகப் பேறு வகை	25—26	28—29	30—31	20	12.5—13	11
ஜஸ்டோ மைனர்	24	26	28	18	11	9
அகலமான தட் டையான வகை	26	29	31	18	11	9
ரிக்கட்ஸ் கொண்ட, தட்டை வகை	26	26	31	17	10	8
பொதுவான குறுகிய தட் டை கூபகம்	24	25	27	16	9	7

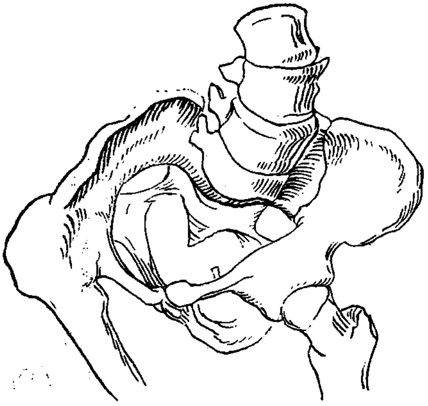
றாக இருக்கிறது. தட்டையான கூப கத்தை விடவும், ஐஸ்டோமைனர் கூப கத்தை விடவும், இது குறைவாகவே காணப்படுகிறது. (''ஜஸ்ட்'' என்றால் லத்தீன மொழியில் போதிய என்றும், ''மையர்'' என்றால் குறைந்த என்றும் பொருள். மொ—ர்.) கீழ்வரும் அட்ட வணை இரண்டில் பல்வேறு வகையான குறுகிய கூபகங்களின் விட்டங்கள் (சென்டிமீட்டர்களில்) கொடுக்கப்படு கின்றன:—

குறுகிய கூபகங்களின் அபூர்வ வகை கள்—பெய்குழல் போன்றது; சாய்ந்து குறுகியது (நெகீலி); குறுக்காக குறுக லடைந்தது (ராபர்ட்); மற்றும் பல வகையான குறுகிய கூபகங்கள் அபூர்வ மாகக் காணப்படுகின்றன.

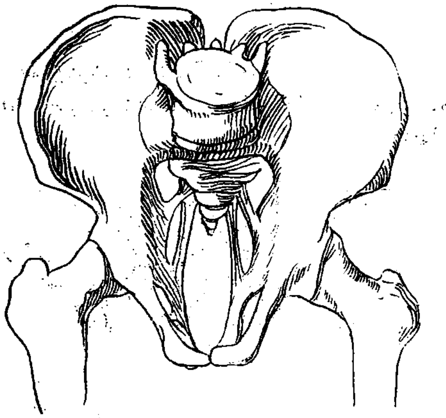
குறுகிய கூபகங்களின் அபூர்வ வகை கள்:—பெய்குழல்] போன்றது; சாய்ந்து குறுகியது (நெகீலி), குறுக்காக குறுக லடைந்தது (ராபர்ட்); மற்றும் பல வகையான குறுகிய கூபகங்கள் அபூர்வ மாகக் காணப்படுகின்றன. வலியுடன் கூடிய இடுப்பு மூட்டு, மற்றும் ஆட்டோ வின் கூபகம் ஆகியவை, இடுப்பு அல்லது முழங்கால் மூட்டின் அழற்சி நிகழ்வுக ளில்] காணப்படுகின்றன. ஆரோக்கிய மான கால், உடலின் பிரதான எடை யைத் தாங்குகிறது; இதன் கிண்ணி குழி வடைந்து, கூபகத்தினுள்ளே, தொடை எலும்பின் தலையை அனுமதித்து, கூப கத்தைக் குறுக்குகிறது. (படம் 257)

நெகீலியின் கூபகம், திரிகத்தின் சிற குகளில் ஒன்று குறைவளர்ச்சியுடன் இருப்பதால், உண்டாகிறது. திரிகத் தின் இரண்டு சிறகுகளும் குறை வளர்ச்சி அடைந்தால் அலகு போன்ற ராஸ்ட் ரேட்) கூபகம் தோன்றுகிறது. (படம் 258)

முள்ளெலும்புப் பிறழ்வுக் கூபகம், ஒரு அபூர்வ வகையாகும். கடைசி கீழ்



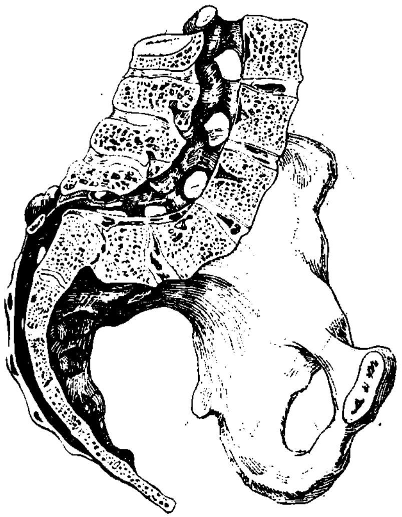
படம் 257. ஆட்பருாவின் கூபகம்



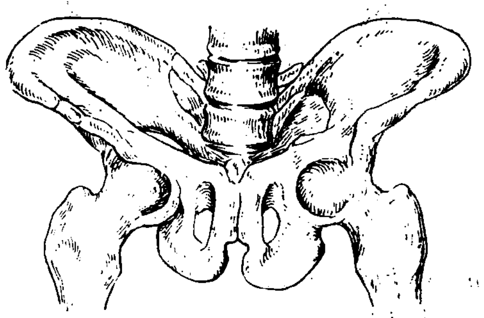
படம் 258. அலகு போன்ற (ராஸ்ட் ரேட்) கூபகம்

முதுகு முள்ளெலும்பு, முதல் திரிக முள் ளெலும்பின் முன்பாகப்பிறழ்வதால், இந்த விகாரம் உண்டாகிறது. முன்புற மாகப் பிறழ்ந்த கீழ் முதுகு முள்ளெ லும்பு, திரிகத்தின் மேல் சாய்ந்து, கூபக நுழைவாயிலை குறுக்குகிறது. (படம் 259)

படம் 260—ல் காணப்படும் என்பு மென் நோய் (ஆஸ்டியோ மலேசியா) 12 கூபகம், ஒரு அபூர்வமான நிகழ்வா கும்.



படம் 259. முள்ளெலும்பு பிறழ்வு கூபகம் (ஸ்பாண்டிலோ லிஸ்தெடிக் பெல்விஸ்)



படம் 260. ஆஸ்டியோமலேசியா கூபகம் (என்புமென் நோய் கூபகம்)

குறுகளின்தன்மயைக் கொண்டு குறுகிய கூபகத்தை வகைப்படுத்துதல். உண்மையான இணைப்பளவைக் கொண்டு கூபகக் குறுகலின் தன்மையை நிர்ணயிக்கலாம். வெளிப்புற, மூலைவிட்ட இணைப்பளவைக் கொண்டு, உண்மையான இணைப்பளவை நிர்ணயிக்கலாம்.

கூபகக்குறுகல் நான்கு வகையாகப் பிரிக்கப்படுகிறது:

முதல் வகை: உண்மையான இணைப்பளவு 11 செ. மீக்குக் குறைவாக இருந்தாலும், 9 செ.மீக்குக் குறையாது. இந்த அளவான குறுகலில், தானாக கூபகத்தின் வழியாக பிரசவம் தானாகவே நிகழ முடியும்.

இரண்டாவது வகை: உண்மையான இணைப்பளவு 9—7.5 செ.மீ ஒரு முதிர்ந்த சிசுவின், தானாகவான பிறப்பு சாத்தியமே. ஆனால் சிக்கல்களும், இடையூறுகளும் தோன்றுவதால், வயிற்று வழியே சிசுவை வெளியேற்றுவது அவசியமாகிறது. உண்மையான இணைப்பளவு 7.5 செ.மீ ஆக இருக்கும் போது, தானாகவான பிரசவத்திற்கு இடையூறு நேருகிறது.

மூன்றாவது வகை: உண்மையான இணைப்பளவு 7.5—6 செ.மீ பிறப்புப்பாதை வழியாக, முதிர்ந்த ஒரு சிசு, தானாக வெளிப்படுவது இயலாத ஒன்றாகும். கிடுக்கிப் பிரசவம் அல்லது கூபகப்பக்கத்திலிருந்து இழுப்பது போன்றவை பலனளிப்பதில்லை. இயற்கையான பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசுவை வெளியேற்றுவது, சிசுவைச் சதைத்த பின்னர் தான் சாத்தியமாகும். உயிருள்ள சிசுவை, சிசேரியன் முறை கொண்டே, பிறப்ரவிக்க முடியும்.

நான்கவது வகை: உண்மையான இணைப்பளவு; 6 செ. மீ.ம் அதற்கு கீழயும் இருக்கும். தானாகவான பிரசவம், இயலாத ஒன்றாகும். சிசுவைச் சிதைக்கும் ஆபரேஷன்களுக்குப் பிறகு கூட, இயற்கை பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசுவை வெளியேற்ற முடியாது. சிதைக்கப்பட்ட சிசுவின் சிறிய பகுதிகளைக் கூட வெளியேற்ற முடியாதபடி, கூபகம் அவ்வளவு குறுகியுள்ளது. சிசேரியன் அறுவை ஒன்று தான் சாத்தியமாகும். இந்த அளவிலான குறுகல், முழு

மையாகக் குறுகிய கூபகம் எனப்படுகிறது.

மேற்கூறிய வகைப்படுத்தல், உடற்கூறு இயல் சார்ந்துள்ளது. இதைக் கொண்டு, மருத்துவமுறைப்படி ஒரு கூபகம் குறுகியுள்ளதா, இல்லையா என நிர்ணயிக்கலாம். மூன்றாவது, நான்காவது வகை, உடற்கூறு இயல்படியும், மருத்துவ முறைப்படியும் கூபகம் குறுகியுள்ளதைக் காட்டுகிறது. இயற்கையான பிறப்புப்பாதை வழியாக, தானாக பிரசவம், நிகழ்வது சாத்தியமில்லை. ஆகவே, துவக்கத்திலேயே கருச்சிதைவு செய்வது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. கர்ப்பிணி, தான் கட்டாயமாக பிரசவிக்க வேண்டும் என இச்சைப்பட்டால், கர்ப்பத்தின் இறுதியிலோ அல்லது பிரசவத்தின் துவக்கத்திலோ, சிசேரியன் அறுவை கட்டாயமாகச் செய்யப்பட வேண்டும்.

முதலாவது, இரண்டாவது வகையில், உடற்கூறு இயல்படி குறுகிய கூபகம், மருத்துவமுறைப்படி, சிசுவைக் கடத்தும் அளவுக்கு விரிவடைந்துள்ளது. எனினும் இது, சிசுவின் அளவு, கபால வார்ப்பு, பிரசவ உந்தல்களின் சக்தி ஆகியவற்றைப் பொறுத்துள்ளது.

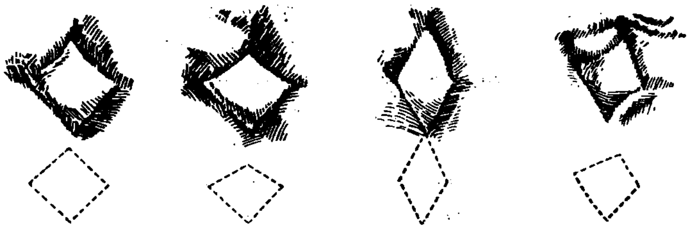
நோய் நிர்ணயம்

பிரசவத்தின் போதோ, கர்ப்பத்தின் இறுதியின் போதோ நிகழக்கூடிய சிக்கல்களைத் தவிர்க்க, குறுகிய கூபகத்தை, உரிய காலத்தில் நிர்ணயம் செய்ய வேண்டியது மிகவும் அவசியமாகும். மிகையாகக் குறைகலடைந்திருந்தால், பெண்ணுக்கு கருச்சிதைவை பரிந்துரைக்கலாம் அல்லது உயிருள்ள சிசு வேண்டுமானால் சிசேரியன் அறுவையால் தான் முடியும் என அவளை எச்சரிக்க வேண்டும். எதிர்ப்பார்க்கும் தேதிக்கு 2—3 வாரங்களுக்கு முன்னதாகவே குறுகிய கூபகம் கொண்ட கர்ப்பிணியை மருத்துவமனையில் சேர்க்க வேண்டும்.

கடந்த கால நோய் வரலாறு, பெண்ணின் பரிசோதனை, அவளது கூபகத்தை அளவிடல், யோனிப்பரிசோதனை ஆகியவை கொண்டு கூபகக்குறுகலை நிர்ணயம் செய்ய வேண்டும்.

கடந்த கால ரிக்கட்ஸ் பற்றிய தகவல் எலும்பு மூட்டுக்களின் காசநோய், மழலியம், கால் மற்றும், கூபகம் ஆகியவற்றின் எலும்பு முறிவு, ஆகியவை மிகவும் முக்கியமாகும். பல மகவை ஈன்ற பெண்ணுக்கு கடந்த கால பேறு கால வரலாறும் மிகவும் முக்கியமானதாகும். குறுகலான கூபகம் கொண்ட, பலமகவை ஈன்ற பெண்ணுக்கு சகஜமான பிரசவம் நடைபெற்றிருந்தால், இந்தத் தடவையும், இயற்கைப் பிறப்புப்பாதை வழியாக பிரசவிக்க முயற்சிக்கலாம். கடந்தகால பாதகமான, மகப்பேறு நிகழ்வுகள் (சிக்கலான முந்தையை பிரசவம், மகப்பேறு அறுவைகள், மரித்த பிறப்பு இன்னபிற) மூலம், உடற்கூறு சார்ந்த, மருத்துவம் சார்ந்த குறுகலான கூபகத்தை நிர்ணயிக்க முடியும். மழலியம், எலும்புகளில் ரிக்கட்ஸ் மாற்றங்கள், மூட்டு இறுக்கம், இடுப்பு மூட்டின் இடப்பெயர்வு ஆகியவை கொண்ட குட்டையான பெண்களில், குறுகலான கூபகம் காணப்படலாம்.

மைக்கேலின் சாய் சதுர வடிவம், நோய் நிர்ணயத்தில் முக்கிய பங்கு வகிக்கிறது. முறையான கூபகத்தில் சாய் சதுரம் ஒழுங்காக இருக்கிறது. தட்டையான ரிக்கட்ஸ் கூபகத்தில் அதன் மேல்பகுதி சறிதாக இருக்கிறது: ரிக்கட்ஸ் விகாரம் மிகையாக இருந்தால் சாய் சதுரம், முக்கோண வடிவமடைகிறது. பொதுவான குறுகிய கூபகத்தில், சாய்சதுரம் செங்குத்தாக நீண்டு இருப்



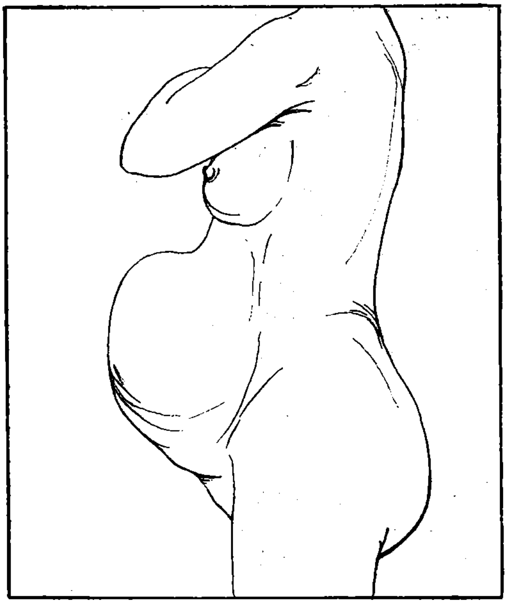
படம் 261. குறுகிய கூபகத்தில் மைக்கேலின் சாய்சதுரம்
1) முறையான கூபகம்
2) தட்டையான ரிக்கட்ஸ் கூபகம்
3) ஜஸ்டோமைனர் கூபகம்
4) நெகீலியன் கூபகம்

பதால், அதன் மேற்புற, கீழ்புற கோணங்கள் குறுகலாக இருக்கின்றன. அதே போது பக்கவாட்டு கோணம், விரிந்து இருக்கிறது. (படம் 261)

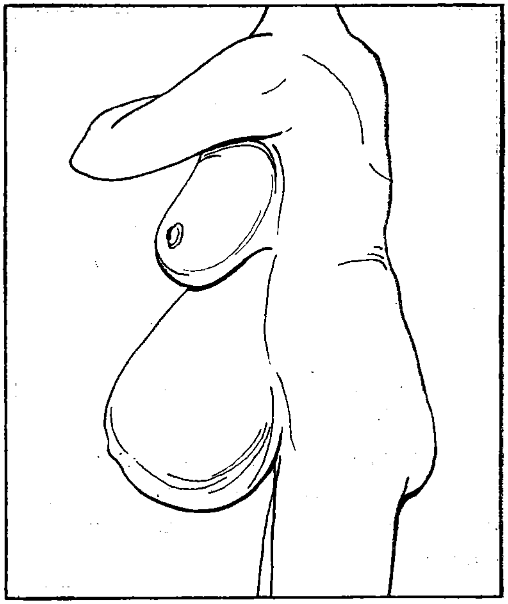
பெருமளவில் குறுகிய கூபகத்தில் வயிற்றின் வடிவமும் மாற்றமடைகிறது. கர்ப்பகால இறுதிக்கட்டத்தில் சிசுவின் தலை, குறுகலான கூப்கத்தினுள் நுழைவதில்லை. பிரசவம் துவங்கும் மரை நுழைவாயிலின் மேலே மிதந்து கொண்டிருக்கிறது. ஆதலால், கருப்பை உச்சி, கர்ப்பத்தின் இறுதியில், முன்னால் விழுவதில்லை. பெரிதடைந்து வரும் கருரிபை, வயிற்றுக் குழிவினுள் இருக்க முடிவதில்லை; (குட்டையான பெண்களில் வயிற்றுக்குழிவும் குட்டையாக இருக்கிறது. கருப்பை மேல் நோக்கியும் முன்புறமாகவும் விலகுகிறது. தலைச்சூலியில் வயிற்றுச்சுவர் நெகிழ்வுத்தன்மையுடன் இருக்கும் போது, முன்னால் துருத்திக் கொண்டிருக்கும் வயிறு உருவாகிறது (படம் 262) பலமகவை ஈன்ற பெண்களில், வயிறு தொங்கிக் கொண்டிருக்கிறது. (படம் 263) கர்ப்பிணியைப் பரிசோதிக்கும் போது, அவளது கூபக எலும்புகளின் பருமனின் மீது கவனம் செலுத்த வேண்டும். இதற்கு, மணிக்கட்டின் சுற்றளவு அளவிடப்படுகிறது. (சோலோவியலின் குறியீடு.) இந்தச் சுற்றளவு 14 செ.மீ.க்கு அதிகரித்தால், எலும்ரகள் குறிப்பாக கூபகம் பெரிதாக இருக்கிறது.

கூபக அளவைகளும் மிகவும் முக்கியமாகும். போலி கூபகத்தின் அளவுகள், உண்மையான (சிறிய) கூபகத்தின் கொள்ளளவை, ஓரளவு குறிக்கின்றன. மூலைவிட்ட இணைப்பளவை அளவிடுதல் மூலம், கூபகக்குறுக்கத்தின் அளவை மதிப்பிடலாம். ஆகவே, எல்லாக் கர்ப்பிணிகளிலும், மூலை விட்ட இணைப்பளவை அளவிடுவது கட்டாயமாகும். இதைக் கவனத்தில் கொண்டு, யோனிப்பரிசோதனை செய்ய வேண்டும். அதன் போது கீழ்க்கண்டவைகள் நிர்ணயிக்கப்படுகின்றன:

திரிகத்தில் தட்டை நிலை காணப்படாதது; அல்லது எலும்புக் கூபகத்தின் விகார வளர்ச்சிகள்; கூபகத்தின் கொள்ளளவை ஓரளவாக நிர்ணயத்தல்; திரிக முனைப்பைத் தொட்டுப் பார்த்தல், (விரலால் தொட முடிந்தால்) மூலை விட்ட இணைப்பளவு அளவிடப்படுதல் இன்னபிற.



படம் 262. துருத்திக்கொண்டிருக்கும் வயிறு.



படம் 263. தொங்கிக் கொண்டிருக்கும் வயிறு

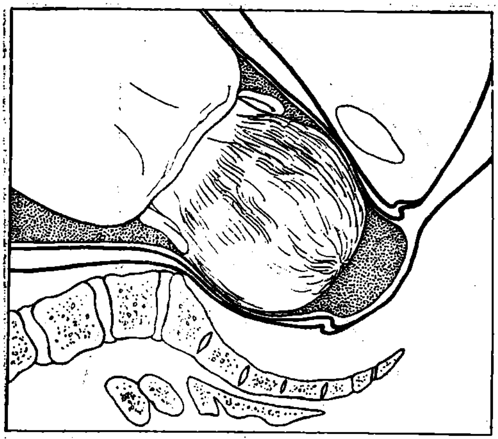
வெளிவாயிலில் கூபகம் கூறுகியிருக் கலாம் என ஐயம் ஏற்பட்டால் அதன் முன்புற பின்புற, குறுக்கு விட்டங்கள் அளவிடப்படுகின்றன. பிரசவம், குழந் தை பிறப்பு ஆகியவற்றின் முன்கணிப் புக்கு, கூபகத்தின் பிரதான அளவைக ளைத் தவிர, கருரிபையுள் சிசுவின் அள வையும் தெரிந்திருக்க வேண்டும். இதற்கு, சிசுவின் நீளத்தையும், சிசுத் தலையில் பின்தலை—முன்தலை விட் டத்தையும் கூபக அளவு கருவி கொண்டு, வயிற்றுச்சுவர் வழியாக நிர்ணயிக்க வேண்டும்.

கர்ப்பம்

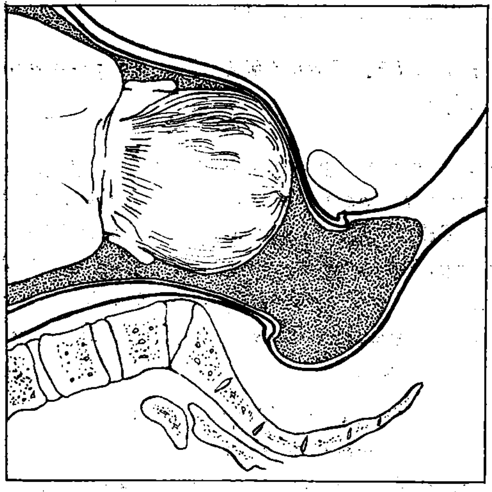
குறுகிய கூபகத்தில், கர்ப்பத்தின் முதல் பகுதியில் சிக்கல் ப்துவுமிராது. இரண்டாவது பகுதியில் கர்ப்ப கடைசி கால நச்சு நிலை தோன்றுகிறது. குறு கிய கூபக நுழைவாயிலினுள் தலை, நுழைய முடிவதில்லை: கருப்பையின் உச்சிப்பகுதி, மேல் நோக்கி வளர்ந்து, உதரவிதானத்தைத் தள்ளுகிறது. கர்ப்பி ணிக்கு சிரம மூச்சு, இருதயத்தின் மிகை யான துடிப்பு, அசதி ஆகியவை உண் டாகின்றன.

தலை நிலை பெறத் தவறுவதால், சிசுலால் அதிகமாக அசைய முடிகிறது. இதனால் தான் குண்டித்தோற்றம், குறுக்கு சாய்வு தோற்றங்கள் அதிகமாக உண்டாகின்றன. தலையும் அதிகமாக அசைவதால், முகம், மற்றும் புருவம், உச்சித்தலை தோற்றங்கள் நிகழ்கின் றன. இணை நிலை இல்லாமையும், தொங்கும் வயிற்றுக்கு மற்றுமொரு காரணமாகும்.

அசையும் தலை, நிலைபெறு வளை யத்தை உண்டாக்குவதில்லை. பனித்தி



படம் 264. சகஜமான கூபகத்தில் தலை உச்சி நிலை பெறும்போது, பனித்திரவம் இரண்டு பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்படுகிறது.



படம் 265. குறுகிய கூபகத்தில், தலை உச்சி கூபகத்தின் நுழைவாயிலுக்கு மேலே மிதக்கிறது. பனித்திரவம் இரண்டு பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்படுவதில்லை.

ரவமும் இரண்டு பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்படுவதில்லை. ஆகவே, பனித்திரவம் அனைததும், கருப்பையின் சுருக்கங்களால், கருவின் கீழ்ப்பகுதிக்குத் தள்ளப்படுகிறது. (படம் 264, 265) முன் கூட்டியே (முறையான சுருக்கங்கள் தோன்றும் முன்பே), குறுகிய கூபகத்தில், அம்னியாடிக் திரவம் (பனித் திரவம்) வெளிப்படுகிறது.

குறுகிய கூபகம் கொண்ட கர்ப்பிணிகள் அனைவரும், கர்ப்பத்தின் போது நன்கு பராமரிக்கப்பட வேண்டும். கர்ப்பத்தின் இரண்டாவது பகுதியின் போது, அவர்கள், ஒரு துணிக்கட்டை அணிய வேண்டும். கர்ப்பத்தின் சகஜமான போக்கிலிருந்து ஏதாவது மாறுபாடுகள் தெரிந்தால், உடனடியாக டாசடரால் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும். குழந்தை பிறப்புக்கு 2—3 வாரங்களுக்கு முன்பாக, மருத்துவ மனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்.

தேவை இருந்தால், கர்ப்பிணியை எக்ஸ்கதிர்கள் கொண்டு பரிசோதிதது, கூபகத்தின், சிசுத்தலையின் பிரதான விட்டங்களை நிர்ணயிக்க வேண்டும்.

பிரசவம்

3வது, 4வது வகைக் குறுகல்களில் தானாக நிகழும் பிரசவம் சாத்தியமில்லை. அறுவை சிகிச்சை கொடுக்கப்பட்டால் தவிர, கருரிபைக் கிழிசல், சீழ்பிடிப்பு, மற்றும் பல சிக்கல்களால், தாயும் சேயும் மரணமடையலாம். 1வது, 2வது வகைக் குறுகல்களில், பிரசவத்தின் முடிவு கீழ்க்கண்டவற்றைப் பொறுத்துள்ளது:—சிசுவின் அளவு, தோற்றம்; கபாலத்தின் வார்ப்படையும் திறன், நிலைபெற்ற தன்மை; பிரசவ சக்திகளின் விளைவு. மேற்கூறியவை சாதகமான முறையில் இணைந்திருந்தால், குறிப்பாக முதல் வகை குறுகலில், சுகப்பிரசவம் நிகழலாம்.

கபால—கூபக முறண்பாட்டிலும், சிசுவின் தவறான தோற்றத்யூலும்,

அபாயமான சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. முதல் வகைக் குறுகலை விட இரண்டாவது வகைக் குறுகலில் சிக்கல்கள் அடிக்கடி தோன்றுகின்றன.

குறுகிய கூபகத்தில், முன்கூட்டியே பனித்திரவம் இழக்கப்படுகிறது; ஏனெனில், நிலைபெறு வளையத்தில் முன் பக்க திரவம், பிரதான பனித்திரவத்திலிருந்து பிரிக்கப்படுவதில்லை. தொப்பூழ் கொடி அல்லது மேற்கை, விசையுடன் வெளிப்படும் திரவத்துடன், வெளியே பிதுக்கமடையலாம். உரிய கால மகப்பேறு உதவி அளிக்கப்படாவிடில், தலைக்கும் கூபகச்சுவருக்கும் இடையே தொப்பூழ்கொடி நசுக்கப்பட்டு, மூச்சுத்திணறலால், சிசு மரணமடையலாம். பிதுக்கமடைந்த கை, குறுகலான கூபகத்தின் கொள்ளளவை இன்னும் குறைப்பதால், சிசு வெளிப்படுவதில் மேலும் பல சிரமங்கள் உண்டாகின்றன.

துரிதமாக, முன்கூட்டியே பனித்திரவம் வெளிப்படுவது, கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைவதை தாமதமாக்குகிறது. கருப்பைச் சுருக்கங்களாலான வலி அதிகரிக்கிறது. பிரசவத்தின் முதல் கட்டம் தாமதமடைகிறது. ''உலர்ந்த பிரசவம்.'') இந்த ''உலர்'' காலம் நீடிததால், யோனியிலிருந்து நோய் தொற்று கருப்பைக்குள் சென்று, எண்டோமெட்ரிய அழற்சியை உண்டாக்குகிறது. காய்ச்சல் உண்டாகிறது. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. கருப்பையிலிருந்து கெட்ட வாசனை கொண்ட, கலங்கிய திரவம் வெளிப்படுகிறது.

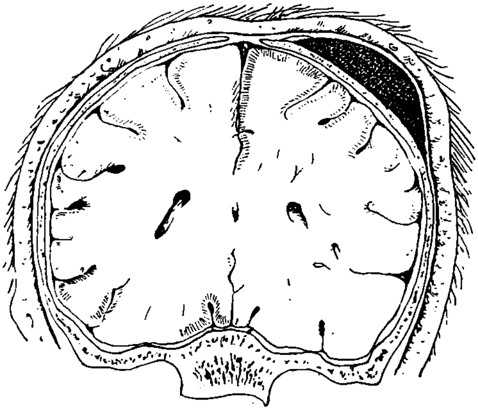
குறுகலான கூபகம் கொண்ட பெண்ணின் பிரசவத்தின் போது, சிரம பிரசவம் ஒரு சிக்கலாகும். மழலியம் மற்றும் முந்தைய சிக்கலான பிரசவம், பிரசவபின் வியாதிகள் போன்றவை உள்ள பெண்களில், கருப்பை மந்தம் தோன்றுகிறது. சுருக்கங்கள் அபூர்வமாகவே இருக்கின்றன. துவக்கத்திலிருந்தே அவை பலனளிப்பதில்லை. (முதல் தர கருப்பை மந்த நிலை) அல்லது முதலில் பிரசவம் நன்கு துவங்குகிறது; ஆனால் பின்னர் இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை உண்டாகிறது.

பிரசவத்தின் இரண்டாவது வெளியேற்று கட்டத்தில், மிகப்பெரிய சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. நீண்ட நேரத்திற்கு தலை நிலை பெறாமல் இருக்கிறது. முதலில் அசையும் நிலையில் இருக்கிறது. பின்னர் கூபக நுழைவாயிலை ஒட்டி பொருந்தி விடுகிறது; கருப்பையின் சிறிய பகுதி வழியாக, மெதுவாக, மெதுவாக கீழிறங்கத் துவங்குகிறது. (கபால—கூபக முரண்பாடு இல்லாமல் இருத்தல் வேண்டும்.) கருப்பைச் சுருக்கங்களின் விளைவாக நிலைபெற்ற தலை, நன்கு வார்ப்படைந்து, கூபகத்தின் குறுகிய அமைப்புக்குத் தக அமைத்துக் கொள்கிறது.

வெளியேற்று கட்டம் நீடித்து இருக்கிறது; குறுகலான கூபகம் வழியாக, சிசுவை வெளியேற்ற, தாய்க்கு, பெருமளவில் பிரயாசை தேவைப்படுகிறது. சிசு வெளிப்படுவதில் பலமான எதிர்ப்பு இருந்தால், பரபரப்பான வலுவான சுருக்கங்கள் உண்டாகி, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி பெருமளவில் விரிவடைகிறது. கபால—கூபக முரண்பாடு இருந்தால் கருப்பைக் கிழிந்துபடும். இத்தகைய சிரமமான பிரசவத்தின் பின், சில பெண்களில் இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை தோன்றுகிறது. கருப்பையின் சுருக்கங்கள் தோன்றுவதில்லை, சிசு மரிக்கிறது; எண்டோமெட்ரிய அழற்சி தோன்றுகிறது; இறுதியாக சீழ்பிடிப்பால் தாய் மரணமடையலாம்.

தடைபட்ட பிரசவத்தில் மேலும் பல கொடிய சிக்கல்கள் தோன்றலாம்.

நீண்ட நேரம் நிலைபெற்ற தலை அல்லது கூபகக்குழியில் நீண்ட காலம் தங்கியநிலை, இனப்பெருக்கப் பாதையின் மெல்லிய திசுக்களை, கூபகத்திற்கும், சிசுத்தலைக்கும் இடையில், நசுக்குகிறது. முன்புறமாக கருப்பைக்கழுத்து மற்றும் யோனி, மூத்திரப்பை, சிறுநீர் புறவழி ஆகியவையும், பின்புறமாக மலக்குடலும் நசுக்கப்படுகின்றன. இத்தகைய நசுக்கலால், சகஜமான இரத்த சுழற்சி பாதிக்கப்படுகிறது. கருப்பைக் கழுத்து மற்றும் மூத்திரப்பைச் சுவர், யோனி, புறப்பிறப்புறுப்புக்கள் ஆகியவை நீல நிறமடைந்து வீங்குகின்றன. சிறுநீர் புறவழியும், சிறுநீர்பையும் அமுக்கப்படுவதால் சிறுநீர் புரிவது நின்று விடுகிறது. நீண்ட நேர நசுக்கலால், திசுக்சிதைவு உண்டாகிறது. 4—5 நாட்களில் சிதைவடைந்த திசுக்கள் அகற்றப்பட்டு சிறுநீர்—பிறப்புறுப்பு, மலக்குடல்—யோனி புரை தோன்றுகின்றன. வீக்கமடைந்த கருப்பைக் கழுத்தும், சிரமத்துடன் நீர்பிரிதலும், மெல்லிய திசு நசுக்கலைச் சுட்டிக் காட்டுகிறது. சிறுநீரில் இரத்தம் காணப்பட்டால், ஒரு வேளை புரை தோன்றியிருக்கலாம் என இந்த அபாய அறிகுறி மூலம்



படம் 266. தலையில் குருதிக் கட்டி.

படம் 267. சிசுத்தலையில் பள்ளங்கள் (குறுகிய கூபகத்தின் வாயிலாக வெளிப்பட்ட புதுப் பிறப்பு).

தெரிந்து கொள்ளலாம். நரம்புகளும் நசுக்கப்பட்டு, கால்தசைகளின் செயலிழப்பு உண்டாகலாம். தலை, மிகுந்த சிரமத்துடன் கூபகத்தைத் தடந்தால், பூப்பிணைப்பு பாதிக்கப்படலாம். தனது கால்களை அசைக்கும் போது, கர்ப்பிணிக்கு வலி தோன்றுகிறது. அவளது நடையும் பாதிக்கப்படுகிறது. பூப்பிணைப்பைத் தொட்டால் வலி தோன்றுகிறது. பூப்பிணைப்பின் மத்தியில் ஒரு பள்ளம் தெரிகிறது. இத்தகைய அறிகுறிகள், வளர்சிதை மாற்றுக் கோளாறுகளால், குருத்தெலும்புகளும், பந்தகங்களும் நலிவடைவதால் கர்ப்பத்தின் போது தோன்றுகின்றன.

குறுகலான கூபகத்தில், சிசுவிற்கும் சிக்கல்கள் தோன்றலாம். நீடித்த பிரசவமும், அடிக்கடி தோன்றும் சிரமப் பிரசவமும், கருப்பை—நச்சுக்கொடி இரத்த ஓட்டத்தை பாதித்து, சிசுவுக்கு திணறலைத் தோற்றுவிக்கிறது. உருவாகும் மூச்சுத் திணறலால், சிசுவின் மூளையிலும் மற்ற உறுப்புக்களிலும் குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிறது. தலை வலுவுடன் நசுக்கப்படும் போதும், கபால எலும்புகளின் மிகையான இடப்பெயர்வாலும் மூளையில் குருதிப்பெ

ருக்கு அதிகமாகிறது. உடைப்பட்ட இரத்த நாங்களிலிருந்து வெளிப்படும் இரத்தம், பக்க எலும்புகளின் அடியே ஊடுருவி, தலைகுருதிக்கட்டியைத் தோற்றுவிக்கிறது. (படம் 266) தலையில் மிகப்பெரிய வீக்கம் காணப்படுகிறது. கபால எலும்புகளில், சிலபோது பள்ளங்கள் காணப்படுகின்றன அல்லது எலும்பு முறிவுகள் காணப்படுகின்றன. (படம் 267)

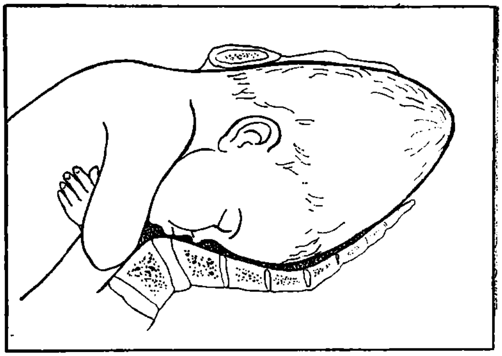
சிசு வெளிப்படும் போது, காரை எலும்பு அல்லது கை எலும்பு முறிவு ஏற்படலாம்.

குறுகிய கூபகத்தில் மரித்த பிறப்புக்களும், பிறந்த உடன் இறப்பும், பிரசவபின் வியாதிகளும் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றன. ஆனால், சிலபோது இந்தச் சிக்கல்கள் இல்லாமலே இருக்கலாம் அல்லது குறைந்து காணப்படலாம். கபால—கூபக முரண்பாடு இல்லாமலிருந்தால் அல்லது முரண்பாடு பிரமாதமாக இல்லாமல் இருந்தால், கர்ப்பம், தானாகவே முடிவு பெறலாம். ஒவ்வொரு வகையான குறுகிய கூபகத்திலும், பிரசவத்தின் இயக்க முறை மாறுபடுகிறது. பிறப்புப்பாதை வழியாக, சிசு வெளிப்படும் போது, சில சுழற்சி அசைவுகளை, சிசு, மேற்கொள்ள வேண்டி உள்ளது.

பிரசவத்தின் இயக்க முறை

சகஜமானதை விட, குறுகலான கூபகத்தில் பிரசவத்தின் இயக்க முறை மாறுபடுகிறது. மேலும் குறுகலான கூபகத்தின் ஒவ்வொரு வகையிலும், பிரசவ இயக்க முறையும் மாறுபடுகிறது.

ஜஸ்டோலைஸர் கூபகத்தில் பிரசவ இயக்க முறை கூபகத்தின் எல்லா எலும்புகளிலிருந்தும் தலைக்கு எதிர்ப்பு கிடைக்கிறது. வலுவாக மடங்கிய உச்

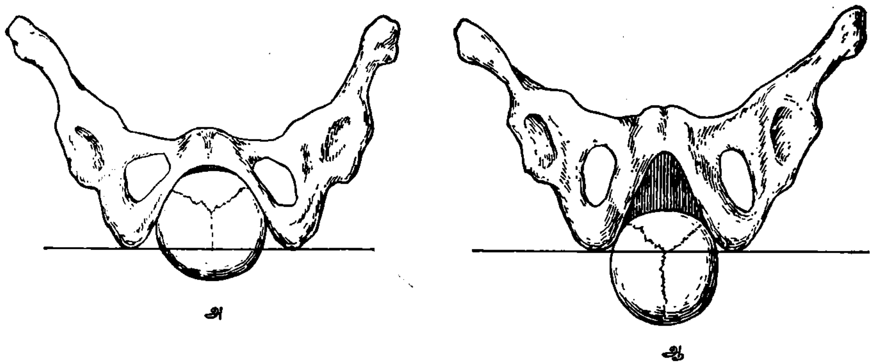


படம் 268. ஜஸ்டோமைனர் கூபகத்தில் உச்சித் தலை நிலை பெறுதல் (வலுவான மடங்களும் வார்ப்பும்)

சித்தலையால் இந்த எதிர்ப்பைச் சமாளிக்க முடியும். தலை, தனது பின்தலை அடி பக்க எலும்பு விட்டத்துடன் கூபகத்தினுள் நுழைகிறது. இந்த விட்டம் பின்தலை அடி முன்னுச்சிக்குழி விட்டத்தைவிட குறைவாக இருக்கிறது. சகஜமான பிரசவத்தில் இந்த விட்டத்தில் தான், சிசு கூபகத்தை அடைகிறது.

ஜஸ்டோமைனர் கூபகத்தில் (ஜஸ்டோமைனர் என்றால் எல்லா விட்டங்களும் குறுகிய கூபகம் எனப்பொருள். மொ—ர்.) பிரசவ செயல் முறையின் **முதல் அம்சம் வலுவாக மடங்கிய உச்சித்தலையாகும்.** (படம் 268) பின்புற மென்தோல் உச்சி, கூபகத்தின் மத்தியில் காணப்படுகிறது.

நிலை பெறும் தலையின் மட்டத்தையல், கூபக நுழைவாயில் மட்டத்தின் சாய்வு விட்டத்துடன், இணைந்து இருக்கிறது. இது தான் **இரண்டாவது அம்சம்** ஆகும். தலையின் இருபக்க விட்டம், கூபகத்தின் சாய்வு விட்டத்தைக் கடக்கிறது. இந்த விட்டம், முன்புற பின்புற விட்டத்தை விட நீளமாக இருக்கிறது. வலுவுடன் மடங்கிய தலை, கூபகக்குழிவினுள் இறங்குகிறது. பிரசவத்



படம் 269. ஐஸ்டோமைனர் கூபகத்திலிருந்து நிலைபெயர்தல்.
அ) முறையான கூபகம். பின்புறக் கபாலக் குழிவு, பூப்பு வளையத்தின் மீது பொருந்தியுள்ளது.
ஆ) ஐஸ்டோமைனர் கூபகம்; ஒரு நெருக்கமான பூப்புக் கோணத்தில், பின்தலை பொருந்த முடியாது. தலை, பின்னோக்கி பிரழ்சி அடைந்து விடபத்தைத் துருத்துகிறது.

தின் சகஜ இயக்க முறையின் அசைவுகள் நிகழ்கின்றன:—உட்புற சுழற்சி, நீட்டல், வெளிப்புற முன்னுருமீட்சி (சுழற்சி). ஒரே வேறுபாடு என்னவெனில், எல்லா சுழற்சிகளும் மெதுவாகவே இருக்கின்றன. பிரசவிப்பி, அதிகப்பிரயாசை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டியிருக்கிறது.

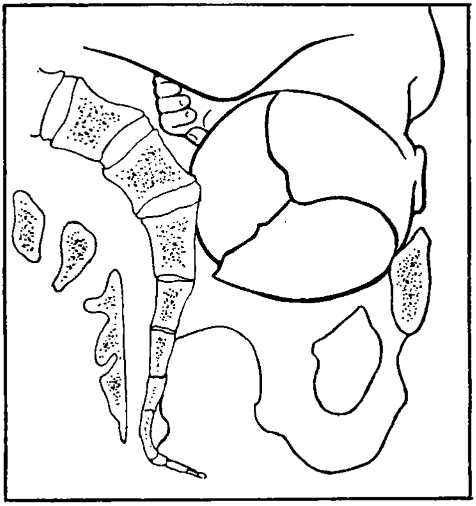
குறுகலான பூப்பு கோணத்தால், தலை கூபகவெளிவாயில் தளத்தைக் கடக்கும் போது, பின்புற கபாலக் குழிவு, பூப்பிணைப்புடன் நேரடியாக இணைய முடியாது. (படம் 269) சகஜமான கூபகத்தை விட, இங்கு, சிசுவின் தலை, பெருமளவில் விடபம் நோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. விடபத்திசுக்கள் பெரிதும் விரிவடைகின்றன. இப்போது உடனடியாக மகப்பேறு உதவி அளிக்கப் படாவிடில் விடபத்தில் ஆழமான கிழிசல்கள் ஏற்படலாம். வெளிப்பட்ட சிசுவின் தலை, பின்தலை நோக்கி நீண்டு இருக்கிறது. பின்புற மென்தோல் உச்சிப்பகுதியில் பெருமளவில் வீக்கம் காணப்படுகிறது.

தட்டையான ரிக்கட்ஸ் கூபகத்தில் பிரசவ இயக்க முறை: கூபக நுழைவாயில் தளத்தின், முன்புறபின்புற விட்டம் குறுகியிருப்பதைப் பொறுத்து, சகஜமான பிரசவத்திலிருந்து, மாறுபாடுகள் காணப்படுகின்றன.

மட்டத்தையல், கூபக நுழைவாயில் தளத்தின் குறுக்கு விட்டத்துடன், நீண்ட நேரம் இணைந்திருப்பது தான் **முதல் அம்சமாகும்.** முன்புறபின்புற விட்டம் சகஜத்தை விட குறைவாக இருப்பதால், தலை நிலைபெறுவதில்லை. போதுமான வலுவுடன் கூடிய சுருக்கங்கள் இருந்த போதிலும் கூட, பல மணி நேரங்களுக்கு, இது நீடிக்கிறது.

உச்சித்தலையின் மிகக்குறைவான திருப்பம் தான் **இரண்டாவது அம்சமாகும்** இதன் விளைவாக முன்புறமென்தோல் உச்சி, பின்புற மென்தோல் உச்சியை விடத்தாழ்ந்தே இருக்கிறது.

இந்த அளவான உச்சித்தலையின், திருப்பத்துடன், சிசுத்தலை, மிகச்சிறிய கூபக விட்டத்தை—உண்மையான இணைப்பளவு—அதன் சிறிய குறுக்கு விட்டத்துடன் (8.5 செ.மீ) கடக்கக் கூடும். அதே போது, மிகப் பெரிய இருக்க எமும்பு விட்டம் (9.5 செ.மீ.), பெரிய இடத்தை நோக்கி பிரள்கிறது. **மூன்றாவது** அம்சம், இணைநிலை இல் லாமையாகும். (படம் 270) முன்புற இணைநிலை இல்லாமை, பின்புற நிலையைவிட, அடிக்கடி காணப்படுகிறது. முன்புற இணைநிலை இல்லாமையில், பின்புற பக்க எலும்பு, முன்புறமாக தள்ளப்பட்டுள்ள திரிகமுனைப்புடன் பொருந்தி உள்ளது. அதே போது முன்புற பக்க எலும்பு, கூபகத்தினுள் படிப்படியாக இறங்குகிறது. மட்டத்தையல், திரிக முனைப்பின் அருகே காணப்படுகிறது. இந்த நிலையில் (குறுக்குவிட்டத்துடன் இணைந்த மட்டத்தையல், திரிக முனைப்பின் அருகே காணப்படுகிறது; முன்புறமென்தோல் உச்சி, பின்புற மென்தோல் உச்சிக்குக் கீழே காணப்படுகிறது), போதுமான அளவு வார்ப்படையும் வரை தலை நிலை பெற்று இருக்கிறது. இதன் பின்னர், பின்புற பக்க எலும்பு திரிக முனைப்பிலிருந்து நழுவி, இணைநிலை இல்லாமை மறைகிறது. இப்போது தலை மபிங்கியுள்ளது. பிரசவத்தின் இயக்க முறை, முன்புற பின்தலைத் தோற்றத்தைப் போன்றே இருக்கிறது. (உட்சுழற்சி, நீட்டல், தலையின் வெளிப்புற முன்னுருமீட்சி.)



படம் 270. ரிக்கட்சுடன் கூடிய தட்டையான கூபகத்தில் தலை நிலைபெறல். மட்டத்தையல், திரிக முனைப்புக்கு அருகில், குறுக்கு விட்டத்தில் இருக்கிறது. (முன்புற,இணைநிலை இல்லாமை)

கூபகத்தின் குறுகிய நுழைவாயில் தளத்தை, தலை, கபிந்ததும், சிசு வெளிப்படுவது துரிதமடைகிறது. ஏனெனில் கூபகக்குழிவு சகஜமாகவோ அல்லது பெரிதாகவோ இருக்கிறது. அதே போது, கூபக வெளிவாயில் தளம், சகஜ நிலையை விட அகலமாக இருக்கிறது. கூபக நுழைவாயிலில் நீண்ட நேரம் தங்கிய பின், சிசு, மிகத் துரிதமாக நடுக்கூபக, வெளிக்கூபக தளங்கள் வழியாக வெளியே தள்ளப் படுகிறது. (திடீர் பிரசவம்) மகப்பேறு நிபுணர் உதவியளிக்கத் தயாராக இல்லாவிடில், விடபம், துரிதமாக தலையின் வெளிப்பாட்டல், கிழிந்து படலாம். வெளிப்பட்ட தலையின் பக்கவாட்டு எலும்பின் மீது ஒரு பெரிய வீக்கம் காணப்படுகிறது. தலையின் அமைப்பு சாய்வாக இருக்கிறது. திரிக முனைப்புக்கு, எதிராக நீண்ட நேரம் நசுக்கப்படுவதால், பின்புற பக்க எலும்பின் மீது ஒரு பள்ளம் காணப்படுகிறது.

எளிய தட்டையான (அகலமான தட்டையான) கூபகத்தில் பிரசவ இயக்க முறை: ரிக்கட்சுடன் கூடிய தட்டையான கூப

கத்தில் நுழைவது போன்றே, இங்கும் தலை, கூபகத்தினுள் இறங்குகிறது. கூபகக் குழிவினுள் இன்னும் நுழைந்து, பின்தலைத் தோற்றமாக வெளிப்படுகிறது. ஆனால், சில போது உட்சுழற்சி செய்ய, தலை தவறி விடுகிறது. ஏனெனில் கூபக நடு, மற்றும் வெளித்தளத்தின் முன்புற பின்புற விட்டங்கள், கூபக நுழைவாயிலின் முன்புற பின்புற விட்டம் போன்றே, குறைந்து விடுகின்றன. தலை, கூபகக்குலினுள் நுழைகிறது. சிலபோது, கூபகத்தளத்தையும் அடைகிறது. மட்டத்தையல், குறுக்கு விட்டத்துடன் இணைந்துள்ளது. சில கேசுகளில், கூபகத்தளத்தை அடையும் போது, தலை, தனது பின்தலை முன்புறமாக இருக்கும்படி தலை, சுழல்கிறது. பிரசவம் தானாகவே முடிகிறது. இல்லையெனில் சிக்கல்கள் தோன்றுகின்றன. (இரண்டாந்தர கருப்பை மந்தநிலை, சிசு மூச்சுத்திணறலி.) இவற்றிற்கு அறுவை சிகிச்சை அவசியமாகிறது.

பொதுவான, குறுகலடைந்த, தட்டைக்கூபகத்தில் பிரசவத்தின் இயக்க முறை: தட்டையான கூபகத்திலோ, அல்லது ஜஸ்டோமைனர் கூபகத்திலோ, காணப்படுவது போன்றே, இங்கும் இயக்க முறை இருக்கிறது.(குறுகல்களின் சிறப்பு அம்சங்களைப் பொறுத்து இருக்கிறது.) பொதுவான குறுகலடைந்த தட்டைக் கூபகத்தில், பிரசவம் சிரமமாகவே இருக்கிறது.

பிரசவத்தை நடத்துவது

குறுகிய கூபகம் கொண்ட பெண்களின் பிரசவத்தை, ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில், மருத்துவமனையில் நடத்துவது நல்லது; ஏனெனில் அறுவை முறைகள் தேவைப்படும் பல சிக்கல்கள் தோன்றலாம். மகப்பேறு டாக்டர், பிரசவிப்பியை நன்கு கண்காணித்து, அவள் தானாகவே பிரசவித்தால், அதற்கும் தயார் நிலையில் இருக்க வேண்டும்.

கர்ப்பத்தின் இறுதியில் அல்லது விரிவு கட்டத்துவக்கத்தில், 3வது 4வது வகை கூபகக் குறுகல் கொண்ட பெண்களுக்கு குசேரியன் அறுவை அவசியமாகிறது.

1வது, 2வது வகைக் கூபகக் குறுகலில், பொறுத்திருந்து பார்ப்பது நல்லது. தாய், சேயின் நிலை, பிரசவத்தின் போக்கு ஆகியவற்றை கவனமாக கணிப்பது, மகப்பேறு டாக்டரின் கடமையாகும். தாயையும் சேயையும் பாதிக்கக் கூடிய ஆபத்துகள் தோன்றினால் அறுவை முறை கையாளப்பட வேண்டும். பிரசவத்தின் போக்கு, கூபக விட்டங்களைப் பொறுத்து மட்டுமல்லாமல், கருப்பை, வயிற்றுச் சுருக்கங்கள், சிசுவின் அளவு, சிசுத்தலையின் வார்ப்பு ஆகியவற்றையும் பொறுத்து இருப்பதால், மேற்கூறிய முறை நியாயமானதே. ஒரு குறிப்பிட்ட கூபகம், குறுகி இருக்கிறதா இல்லையா என்பாதை,பிரசவத்தின் போது தான் உறுதி செய்ய முடியும்.

மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டவுடன், கர்ப்பிணியை முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும்; அவனது வரலாறு பதிவு செய்யப்பட வேண்டும்; உள்ளுறுப்புக்கள் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்; கூபகம் அளவிடப்படுகிறது; மைக்கேலின் சாய்சதுரம் நோக்கப்படுகிறது. இறுதியில் யோனிப்பரிசோதனையும் செய்யப்படுகிறது.

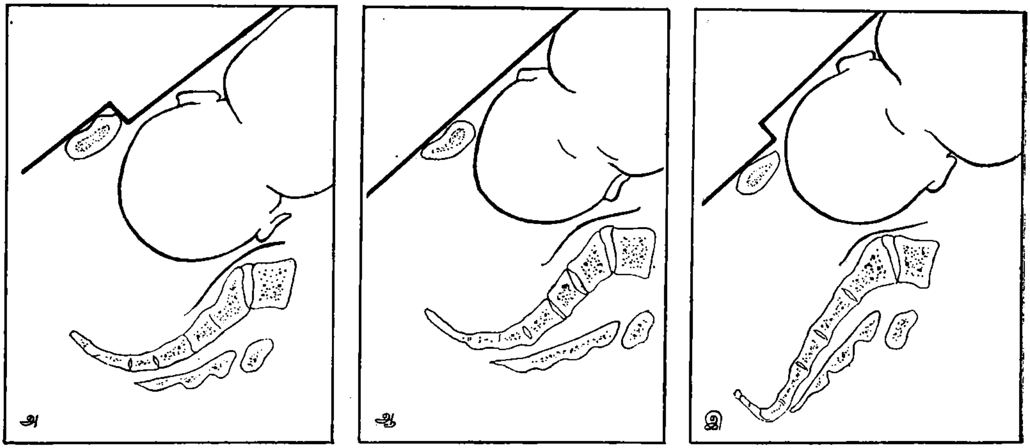
முன்கூட்டியே பனித்திரவம் வெளிப்படாமலிருக்க, பிரசவிப்பி, படுக்கையில் கிடத்தப்பட்டு, சிசுவின் பின்தலை எந்தப் பக்கமாக இருக்கிறதோ, அந்தப் பக்கமாகவே படுத்திருக்கப் பணிக்

கப்படுகிறாள். இதனால், சிசுவின் பின் தலை கீழிறங்கி, பனிநீர் வெளிப்படு வது தடை செய்யப்படுகிறது. பனி நீர் வெளிப்பட்டவுடன், மற்றுமொரு தட வை யோனிப் பரிசோதனை செய்து, தொப்பூழ்கொடியோ அல்லது கையோ பிதுக்கிக் கொண்டிருக்கிறதா எனத் தீர் மானிக்க வேண்டும். குறுகிய கூபகத் தில், பிரசவம் நீடித்து இருக்கிறது; பிர சவிப்பி சோர்ந்து விடுகிறாள்; அவளது எதிர்ப்பு சக்தி குறைகிறது. ஆகவே, அவளுக்கு போஷாக்கான, எளிதில் செரிமானமாகக் கூடிய உணவு கொடுக் கப்பட வேண்டும். பிரசவிப்பியின் சிறுநீ ரகப்பணிகள் முறையாக இருக்கின்ற னவா என அடிக்கடி கவனிக்க வேண் டும். உரிய காலத்தில், புறபிறப்புறுக் கள் சுத்தம் செய்யப்பட வேண்டும். சிறு வது சிரமமாக இருப்பின், தொற்றெ திர் நியதிகளைப் பின்பற்றி, உட்குழல் கொண்டு, மூத்திரத்தை வெளியேற்ற வேண்டும். கருப்பை மந்த நிலை இருந் தால், கருப்பைத்தூண்டலிகள் கொடுக் கப்படலாம். பிரசவிப்பி சோர்வடைந்து விட்டால், அவளுக்கு ஓய்வு தேவை. இதற்கு புரோமிடால் (1—2மி.லி. 1% கரையம்) அல்லது பேண்டோபான் (1% கரையம் 1—1.5 மி.லி.) சரும அடி ஊசியாகக் கொடுக்க வேண்டும். ஈதரை, உள் மூச்சில் இருக்க, 25—30 நிமிடங்கள் கொடுக்க வேண்டும். கர்ப் பிணி ஆழ்ந்து தூங்குகிறாள். சிறிது நேரம் கழித்து, பிரசவ உந்தல்கள், மீண்டும் ஊக்குவிக்கப்படுகின்றன, வயிற்றின் தொய்வாலும், அதன் சுவர் நலிவடைவதாலும், கருப்பை மந்த நிலை தோன்றினால் வெர்போவின் துணிக்கட்டை (கபால-கூபக முரண் பாடு இல்லாமலிருந்தால்) பயன்படுத் தலாம்.

பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத் தில், வலுவான சுருக்கங்கள் தோன்றி, கருப்பையின் கீழ்பகுதி பெருமளவில் விரிவடைந்து, சுருக்க வளையம் மேலாக இருந்தால், பிரசவிப்பிக்கு ஈதர் கொ டுத்து, மயக்கமடையச் செய்ய வேண் டும். (அல்லது 1மி.லி. 1% மார்பின் கரையம்.) இல்லையெனில், கருப்பை கிழிந்துபடலாம். உணர்வகற்றலால், வலிப்புகள் குறைந்து, கருப்பை கிழிந் துபடும் அபாயமும் தவிர்க்கப்படுகிறது. அறுவை முறையால், பிரசவ் நிறைவு பெறுகிறது.

மகப்பேறு டாக்டர், உதயமாகும் பகு தியை எச்சரிக்கையுடன் கவனிக்கிறார். கூபக நூழைவாயிலின் மேல் இருக்கிறதா அல்லது கூபகக் குழிவினுள் படிப்படி யாக இறங்குகிறதா என கவனிக்கி றார். மகப்பேறு டாக்டர், கபால— கூபக முரண்பாட்டையும் நிர்ணயிக்கி றார். கூபக—கபால முரண்பாடுகளை அளவிடப்பயன்படுத்தப்படும் வழக்க மான முறைகளைத் தவிர வாஸ்டெ னின் அறிகுறியையும் கையாளுகிறார். (படம் 271)

தலை, நிலை பெற்ற பின்னர், கபால —கூபக முரண்பாட்டை நிர்ணயிக்க, வாஸ்டனின் அறிகுறி பயன்படுத்தப்ப டுகிறது. பரிசோதிக்கும் கை, பூப்பி ணைப்புப் பரப்பின் மேல் வைக்கப்படு கிறது. மெதுவாக மேல் நோக்கி, உத யமாகும் தலையின் பகுதி நோக்கி நகர்த்தப்படுகிறது. தலையின் மட்டத் திற்கு மேலாக இருந்தால், கபால— கூபக முரண்பாடு இருப்பதாகக் கொள் ளலாம். (வாஸ்டனின் அறிகுறி பாசி டிவ்.) இங்கு, பிரசவம், தானாகவே முடிவு பெற முடியாது. இந்த முரண் பாடு ஓரளவாக இருந்தால், தலையின் முன்புறப்பரப்பு, பூப்பிணைப்பு மட்டத் தில் இருக்கிறது. பிரசவ உந்தல்கள் வலுவுடன் இருந்து, தலை வார்ப்பு



படம் 271. வாஸ்டெனின் அறிகுறி.
அ) எதிர்மறை (நெகடிவ்) அறிகுறி. (கபால—கூபக முரண்பாடு இல்லை)
ஆ) ஓரளவான கபால—கூபக முரண்பாடு
இ) நேர்மறை (பாசிடிவ்) அறிகுறி (மிகையான, கபால—கூபக முரண்பாடு).

போதுமானதாக இருந்தால், பிரசவம் தானாவே முடியும். கருப்பை மந்தம் உருவானால், சிசுவின் தலையும், விறைபுடன், பெரிதாக இருந்தால், தானாகவே, பிரசவம் நிறைவு பெறுவது சாத்தியமில்லை. கபால—கூபக முரண்பாடு, இல்லாதிருந்து, தலையின் முன்புறப்பரப்பு பூப்பிணைப்பு மட்டத்திற்கு கீழாக இருந்தால் (வாஸ்டனின் அறிகுறி நெகடிவி), பிரசவம் தானாகவே நிறைவு பெறும்.

பிரசவிப்பி, ஒரு பக்கமாக படுத்திருக்கும் போது, கூபக அளவுக்கருவி கொண்டு, திரிகத்தின் மேலாக இருக்கும் தலையின் முன்பரப்பின் மேல் மட்டத்தை அளவிட முடியும் என சேங்கிமீஸ்தர் கூறினார். முதலில் வெளிப்புற இணைப்பளவு அளவிடப்படுகிறது. கூபக அளவு கருவியின் குமிழ், பூப்பிணைப்பிலிருந்து, சிசுத்தலையின் முன்புறப்பரப்பின் முனைப்பான புள்ளிக்கு நகர்த்தப்படுகிறது (அளவு கருவியின் குமிழ், இருந்த இடத்திலேயே இருக்கிறது.) சகஜமாக, தலையிலிருந்து, திரிகமேல் பள்ளத்திற்கான தூரம், வெளிப்புற இணைப்பளவை விட 3—4 செ. மீ. குறைவாக இருக்கிறது. கபால கூபக முரண்பாடு இருந்தால், மேற்கூறியது மாறுப்பட்டிருக்கும். மேற்குறிப்பிட்ட இரண்டு தூரங்களும் சமமாக இருந்தால், கபால—கூபக முரண்பாடு, வெளித்தெரிவதில்லை. ஆதலால் முன்கணிப்பு நிச்சயமில்லை.

சிறப்பான கவனம் கொண்டு, சிசுவின் இருதயப்பணியை கண்காணிக்க வேண்டும். முன்கூட்டியே அம்னியாடிக் திரவம் இழக்கப்படும் போது அல்லது சிரமப் பிரசவத்தின் போது, பிரசவத்தின் மற்ற சிக்கல்கள் தோன்றும் போது, சிசுவின் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க முறைகள் மேற்க்கொள்ளப்பட வேண்டும். இருதயத் தொனிகளில் நிரந்தரமான மாற்றங்கள், தலைத் தோற்றத்தில் மீகோனியம் (முதல் மலம்) வெளிப்

படுதல் ஆகியவை, பிரசவம் துரிதப்ப டுத்தப்பட வேண்டும் என சுட்டிக் காட் டுகிறது. இத்தகைய கேசுகளில், இடுக் கிப் பிரசவம் அவசியமாகிறது. பெரும் பாலும், சிசேரியன் அறுவை முறையே தேவைப்படுகிறது. வயிற்றுவழி கருப் பைத் திறப்புக்கான அவசியங்கள் வரு மாறு:—கபால—கூபக முரண்பாடு; கருப்பைக் கிழிபடும் அல்லது புரை உரு வாகும் அபாயம்; சாதகமற்ற நிலை யில் தலை நிலை பெறுதல், மற்றும் பல, முன்கணிப்பைப் பாதிக்கும் அம் சங்கள். சிசு மரணமடைந்து விட்டால், சிசுவைச் சிதைக்கும் அறுவை முறை கள் கையாளப்பட வேண்டும்.

குறுகிய கூபகத்தில் பிரசவத்தை நடத்துவது, மிகையான சாதுரியமும், திறமையான பண்பாடுகளையும் கொண்ட மருத்துவ ஊழியர்களைப் பொறுத்துள்ளது. பிரசவம் நிறை பெற வேண்டுமெனில், கர்ப்பிணியின் மனப் பாங்கை தெரிந்தறிவது மிகவும் முக்கிய மாகும். வரப்போகும் சிக்கல்களைத் தெரிந்து, அவற்றைத் தவிர்க்கும் முறை களை, உரிய காலத்தில் மேற்கொள்ள வேண்டும்.

பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போதும், பிரசவ பின்கால துவக்க மணி நேரங்களிலும் குருதிப் பெருக்கு.

பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போது குருதிப்பெருக்கு

பிரசவத்தின் விரிவடை கட்டம் மற்றும் வெளியேற்ற கட்டம் ஆகியவற்றின் போதைவிட, நச்சுக்கொடி கட்டத்தில் சிக்கல்கள் அடிக்கடி உண்டாகின்றன. நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போது அடிக்கடி நிகழும், ஆபத்தான சிக்கல், குருதிப்பெருக்கேயாகும்.

பிரசவத்தின் நச்சுகொடிக் கட்டத்தில், குருதிப்பெருக்கு நிகழ்வது சாதாரணமே. நச்சுக்கொடி பிரியும் போதும், வெளிப்படுத்தப்படும் போதும் நிகழ்கிற 250 மி.லி. குருதி இழப்பு, உடலியங்கியல் சார்ந்ததாகக் கொள்ளலாம். நச்சுக்கொடி பிரிவடைந்த பின், கருப்பை சுருங்குகிறது. இதைத் தொடர்ந்து (அ) பிரிவடைந்த நச்சுக்கொடி வெளிப்படல். (ஆ) குருதிவெளிப்படும் கருப்பையின், நாளங்கள் நசுக்கப்பட்டு, குருதிப்பெருக்கு நின்று விடுகிறது.

கருப்பையின் சுருக்கங்கள் பலவீனமாக இருந்தால், நச்சுக்கொடியின் முறையான பிரிவு, பாதிக்கப்படுகிறது. நச்சுக்கொடி, முழுமையாக பிரியத் தவறுகிறது; ஆனால் நச்சுக்கொடி முழுமையாக பிரியாவிடில், கருப்பை சுருக்கமடையாததால், பிரிவடைந்த நச்சுக்கொடியின் இடத்தில் உள்ள இரத்த நாளங்கள், இரத்தத்தை வெளிப்படுத்திக் கொண்டே இருக்கின்றன.

கருப்பை சுவரிலிருந்து நச்சுக்கொடி பிரிந்து விட்ட போதிலும், கருப்பையினுள்ளேயே தங்கி விட்டால், குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிக் கொண்டே இருக்கிறது. நச்சுக்கொடி முழுமையாகப் பிரிந்து வெளியேற்றப்படாவிடில், கருப்பை சுருங்காமல், இரத்த நாளங்கள் நசுக்கப்படாததால், குருதிப்பெருக்கு தொடர்ந்து ஏற்ப்பட்டுக் கொண்டே இருக்கிறது. இனப்பெருக்கப் பாதை மற்றும் கருப்பைக் கழுத்து, யோனி, விடபம் ஆகியவற்றின் இளந்திசுக்கள் கிழிந்துபடுவதாலும், நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போது குருதிப்பெருக்கு ஏற்படலாம். (பிரிவு 26. பார்க்கவும்.) கருப்பைச் சுவரிலிருந்து அசாதாரணமாக நச்சுக்கொடி பிரிவதுமற்றும், அது வெளியேற்றப்படுவது ஆகியவற்றுடன் குருதிப்பெருக்கு இணைந்துள்ளது. இந்தக் காரணங்கள், கீழ்க்கண்டவற்றைப் பொறுத்து உள்ளன:— குறைந்த விறைப்பு; கருப்பையின் போதாத சுருக்குத் தன்மை, அதாவது கருப்பையின் மந்த நிலை.

சில ஆசிரியார்கள், இந்த நிலையை விறைப்பினமை என்கின்றனர். ஆனால் விறைப்பின்மை என்றால் முழுமையாக விறைப்பும் சுருக்கத்தன்மையும் இல்லாமை என்று பொருள். இந்த நிலை

யை விட ''குறை விறைப்பு''த்தான் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.

நச்சுக்கொடி பின் தங்கவும், குருதிப் பெருக்குக்கும் காரணமாக கருப்பையின் குறை விறைப்பு, கீழ்க் கண்ட நிலைகளில் உண்டாகலாம்:—

1) நிரம்பிய சிறுநீர்பையும், மலக் குடலும்.

2) குறைவளர்ச்சி தொண்ட கருப்பை (மழலியம்); இத்துடன் தசைகளின் குறை விறைப்பும் காணப்படுகிறது.

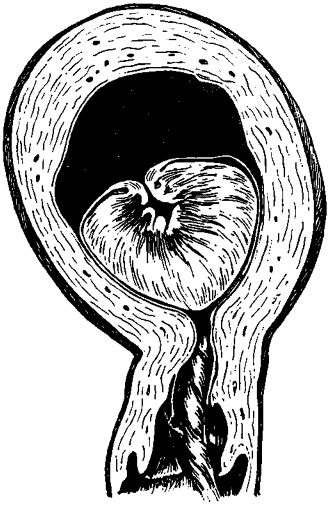
3) ஒன்றுக்கு மேற்றப்பட்ட கர்ப்பம், மற்றும் பெரிய சிசு அல்லது மிகுநீர் பனிக்குடம் போன்றவற்றால் மிகையாக விரிவடையும் கருப்பை.

4) கருப்பையின் சுருக்கு சக்தியை குறைக்கும் (பைப்ரோ மையோமா, அழற்சி வியாதிகளின் பின்விளைவு) கருப்பைச் சுவர் மாற்றங்கள்.

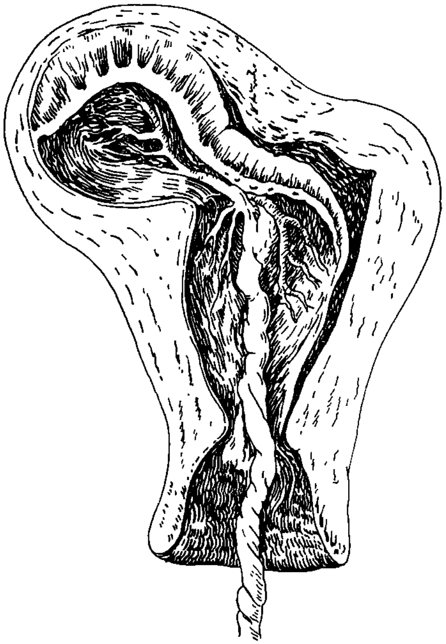
5) மிகையாக, வலுவுடன் கூடிய கருப்பைச் சுருக்கங்கள், கர்ப்பிணியை சோர்வுக் குள்ளாக்கி, கருப்பையின் விறைப்புத்தன்மையையும் குறைக்கின் றன.

(2) நச்சுக்கொடிக் கட்டத்தை தவறாகக் கையாளல்: பிரசவத்தின் நச்சுக் கொடிக்கட்டத்தை, பொறுத்திருந்து பார்க்கும் முறையில், கையான வேண் டும். நச்சுக்கொடி பிரிவதைத் துரிதப் படுத்தும் (தொப்பூழ்கொடியை இழுத் தல், கருப்பையைத் தூண்டுதல்) எந்த முயற்சியும், கருப்பைச் சுருக்கங்களின் லயத்தைப் பாதித்து, நச்சுக்கொடி சக ஜமாகப் பிரிவதைத் தடை செய்யும். இதனால் நச்சுக்கொடி அரைகுறையா கப் பிரியும் அல்லது பிரிந்து நச்சுக் கொடி, விறைப்புடன் சுருக்கமடைந்த கருப்பைக் கபத்தினுட் சிக்கி, அடைபட்டு கடினமடைகிறது. (படம் 272)

(3) நச்சுக்கொடி குறிப்பிட்ட இடத்தில் ஊன்றி விடுதல்: கருப்பையின் கீழ்ப்



படம் 272. அடைப்பட்டு இறுகிப்போன நச்சுக்கொடி.



படம் 273. நச்சுக்கொடியின் ஒரு பகுதி கருவகக் குழல் கோணத்தில் தங்கிவிடு தல்

பகுதியில், நச்சுக்கொடி ஊன்றி விடுதல் (கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி); அல்லது கருவகக்குழல் கோணத்தில் ஊன்றிவிடுதல் ஆகிய இரண்டு நிலைகள், பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தில், குருதிப்பெருக்குக்குக் காரணமாக அமைகின்றன. (படம் 273) கருப்பையின் இந்தப் பகுதியில் உண்டாகும் வலுவற்ற சுருக்கங்கள், நச்சுக்கொடி பிரியும் செயல் முறையைப் பாதிக்கிறது; குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிறது.

4) **ஒட்டிய நச்சுக்கொடி:** நச்சுக்கொடி கட்டத்தில், தவிர்க்க முடியாத குருதிப் பெருக்குக் காரணம், நச்சுக்கொடியின் ஓரளவாக ஒட்டிய நிலையாகும். அபூர்வமான கேசுகளில், முழுமையாக நச்சுக்கொடி ஒட்டிக் கொள்கிறது. (பிளசண்டா அக்ரீடா) ஓரளவாக ஒட்டிக் கொள்ளுதல் தான் அடிக்கடி நிகழும் ஒன்றாகும். (பிரிவு 16 பார்க்கவும்) ஒட்டிய நச்சுக்கொடியின் ஒரு பகுதி, கருப்பைச் சுவரிலிருந்து பிரிகிறது. இதனால் உருக்குலைந்த இரத்த நாளங்களிலிருந்து இரத்தம் வெளிப்படுகிறது. கருப்பையிலிருந்து நச்சுக்கொடி வெளியேற்றப்படும் வரை, குருதிப்பெருக்கு இருந்து கொண்டே இருக்கிறது.

சிசுவெளிப்பட்டவுடன் அல்லது 30—60 நிமிடங்கள் கழித்து, குருதிப்பெருக்கு துவங்குகிறது. குறுகிய நேரத்தில், பிரசவிப்பி, 500—1000 மி.லி. இரத்தத்தை இழக்கிறாள். குருதிப்பெருக்கு, வெளிப்புறமாகவே இருக்கிறது. இரத்தம் முழுவதும் பிறப்புப்பாதை வழியாக வெளிப்படுகிறது. ஆனால் கருப்பைக் கழுத்துத்துவாரம் ஒரு சுருக்கத்தால் முடப்பட்டு விடலாம் அல்லது நச்சுக்கொடியின் ஒரு மடல் அல்லது இரத்த உறை கட்டி அடைக்கலாம். இப்போது வெளிப்படும் இரத்தம் கருப்பையினுள்ளேயே தேங்கி விடுகிறது. இங்கு, குருதிப்பெருக்கு வெளிப்புறமாகத் தோன்றுவதில்லை; ஆனால் அதே போது, பிரசவிப்பிக்கு தீவிர சோகை உண்டாகிறது.

பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போது உண்டாகும் குருதிப்பெருக்கு, சோகையை உண்டாக்குகிறது. இழக்கப்பட்ட இரத்தத்தையும், தாயின் உடல் நிலையையும் பொறுத்து, சோகையின் தன்மை அமைகிறது. பலவீனமான பெண்களிலும், பிரசவத்திற்கு முன்பே குறைவழுத்தம் கொண்ட பெண்களிலும், இரத்த இழப்புக்கு உரிய பிரதிவினை தெரிவதில்லை.

சோகை உருவாகும் போது, வெளிறிய சருமம், சிலேட்டுமத்தின் வெளிறிய நிலை, குறைந்த இரத்த அழுத்தம், மிகையான நாடித்துடிப்பு, தலைச்சுற்றல், காதுகளில் இரைச்சல் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. குருதி இழப்பு அதிகமாக இருந்தால், நாடித்துடிப்பு பலவீனமடைகிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது. சிரமமூச்சு உண்டாகிறது. உரிய காலத்தில் உரிய மருத்துவ உதவி கிடைக்காவிடில் நோயாளி மரணமடையலாம்.

நச்சுக்கொடி கட்டத்தில் இரத்த இழப்புக்கான முன்காப்பு முறைகளில், பிரசவத்தை முறையாக நடத்த வேண்டியது தலையாயதாகும். (பிரிவு 9 பார்க்கவும்.) பிரசவிப்பியின் நிலை, இழக்கப்பட்ட இரத்தத்தின் அளவு, சிறுநீரகப்பணி ஆகியவை கவனமாக மேற்பார்வையிடப்பட வேண்டும். கருப்பையைத் தூண்டுவதோ அல்லது தொப்பூழ் கொடியைப் பிடித்து இழுப்பதோ, தவிர்க்கப்பட வேண்டும். எர்காட்டும் அது போன்ற தயாரிப்புகளும், கருப்பைத் தசைகளின் சுருக்கங்களை உண்டாக்குவதால், அவையும் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். மிகையான குருதிப்

பெருக்கு எதிர்பார்க்கப்பட்டால் (மிகு நீர் பனிக்குடம், இரட்டைக்கர்ப்பம் இன்னபிற), சிசு வெளிப்பட்டவுடன் 1 மி.லி. பிட்யூட்டரின் கொடுக்கப்படலாம். (இங்கு, இரத்த அழுத்தம் அதிகமாக இருக்கக்கூடாது) கருப்பையின் லயமான சுருக்கங்களை, பிட்யூட்டரின், ஊக்குவிக்கிறது. ஆக்ஸிடோசினும் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

சிகிச்சை: குருதிப்பெருக்கை நிறுத்தவும், சோகையைச் சீர்செய்யவும், அசரமான முறைகளைக் கையாள வேண்டும்.

கருப்பை, சுருங்கி இருக்கலாம். கருப்பை காலியான பின்னர் தான், குருதிப்பெருக்கு நிற்கும். ஆகவே, கருப்பையிலிருந்து விரைவிலேயே, நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும். நச்சுக்கொடி பிரிந்து விட்டால், வெளிப்புறமான செயல் முறைகளால் அதை வெளியேற்றி விடலாம். நச்சுக்கொடி, நன்கு ஒட்டிக்கொண்டிருந்தால் வெளிப்புறமான செயல் முறைகள் பலனளிக்காது. ஆகவே, நச்சுக்கொடியை கையாலகற்றுதல் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

குருதிப்பெருக்கு துவங்கி விட்டால், நச்சுக்கொடி பிளந்து விட்டதா என உடனடியாகச் சரிபார்ப்பது அவசியமாகும். நச்சுக்கொடி பிரிந்து விட்டதற்கான அறிகுறிகள் தென்பட்டால், அபுலாட்சே அல்லது கிரீடி செயல் முறை கொண்டு, நச்சுக்கொடி உடனடியாக அகற்றப்பட வேண்டும். அறிகுறிகள் தென்படாவிடில், கிரீடி செயல் முறை கொண்டு (உணர்வு நீக்கம் செய்து), நச்சுக்கொடியை வெளியகற்ற முயற்சிக்க வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து துவாரத்தின் திடீர் சுருக்கத்தால், இந்த செயல் முறை, சிலபோது, தவறி விடுகிறது. உணர்வு நீக்கம் செய்தால், திடீர் சுருக்கம் மறைத்து, நச்சுக்கொடியை அகற்றி விடலாம். கிரீடிசெயல் முறை (உணர்வு நீக்கத்தின் பின்பும்) பலனளிக்காவிடில், கை கொண்டு, நச்சுக்கொடியை அகற்ற முயற்சிக்க வேண்டும்.

தனியாகப் பணிபுரியும் மகப்பேறு டாக்டரால், உணர்வு நீக்கம் செய்ய இயலாது. ஆகவே, கிரீடின் செயல் முறை பலனளிக்காத போது, உணர்வு நீக்கம் செய்யாமலேயே, கை கொண்டு நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும்.

நச்சுக்கொடியை, கை கொண்டு பிரிவடையச் செய்து அகற்றுதல்

மகப்பேறு டாக்டரின் கையை கருப்பையினுள் நுழைத்து, நச்சுக்கொடியை பிரித்து அகற்றுவதில் (அல்லது கருப்பையில் தேங்கி இருக்கும் எஞ்சிய பொருட்களை), நோய் தொற்றும் அபாயம் உள்ளது. அல்குலிலும், யோனியிலும் உள்ள நுண்கிருமிகள், மகப்பேறு டாக்டரின் கையில், தவறாது, ஒட்டிக் கொள்கின்றன. இதே கையால் இதே கிருமிகள், கருப்பையினுட் செலுத்தப்படுகின்றன. அவை, சிதைந்த இரத்த நாளங்கள் வழியாகவும், நிணநாளங்கள் வழியாகவும் உட்செல்லுகின்றன. கையை கருப்பையினுட் செலுத்துவதன் மூலம், சீழ்பிடிப்பு நோய்கள் உண்டாகின்றன. ஆகவே இத்தகைய செயல் முறைகளை, மிகவும் அவசர அவசியமாகத் தேவைப்பட்டாலின்றி, கையாளக் கூடாது. அப்படியே கையாள நேர்ந்தால், தொற்றற்ற முறைகளுக்கான நியதிகளை, கடுமையாகப் பின்பற்ற வேண்டும்.

நச்சுக்கொடியை கை கொண்டு பிரித்து அகற்றுவதற்கான அவசிய அம்சங்கள் வருமாறு:—

1) பிரசவபின் காலத்தில் குருதிப் பெருக்கு (புறசெயல் முறைகள் மூலம், நச்சுக்கொடியை அகற்றத் தவறினால்.) 2) இரண்டு மணி நேரங்களுக்கு மேலாக கருப்பையில் நச்சுக்கொடி தங்கி விட்டால். (அபுலாட்சே, கிரீடிசெயல் முறைகளால் அகற்ற முடியாவிடில்.) நீண்ட நேரம் நச்சுக்கொடி தேங்கி விட்டால், குருதி இழப்பு குறைவாக இருந்தால் கூட, கை கொண்டு, நச்சுக்கொடியை அகற்ற வேண்டும்.

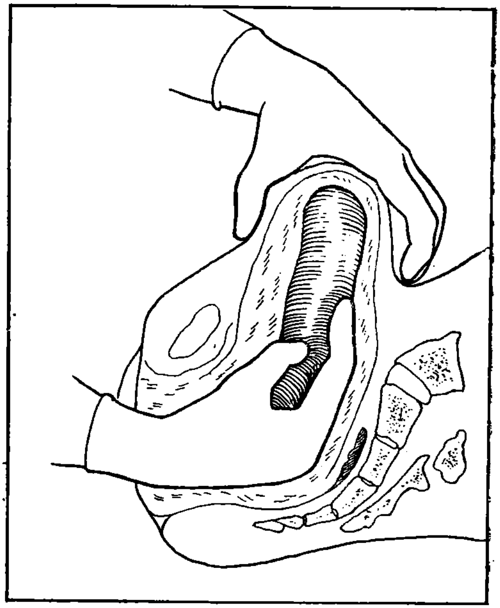
நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்ட பின்னர், கருப்பையுள் கை பரிசோதனைக்கு அவசியங்கள் வருமாறு:—

1) நச்சுக்கொடியின் ஒரு சில பகுதிகள் தேங்கி விடல்.

2) வெளிப்பட்ட நச்சுக்கொடி முழுமையாக உள்ளதா என ஐயம் எழுந்தால்.

சமாளிப்பு: குறுக்கான படுக்கையில் நோயாளி, கிடத்தப்படுகிறாள். அவளது மூத்திரப்பை, காலி செய்யப்படுகிறது. மகப்பேறு அறுவை போன்று, அவளது பிற பிறப்புறுப்புக்கள் சுத்தம் செய்யப்படுகின்றன. (பிரிவு 28 பார்க்கவும்.) அறுவையாளரின் கைகள் நன்கு கழுவப்பட்டு, தொற்று நீக்கம் செய்யப்பட்டு, போதுமான அளவு சுத்தமான வாசலைன் எண்ணை கைகளின் மேல் தடவப்படுகிறது. உணர்வு நீக்கம் செய்யப்பட்ட நொயாளியின் மீது அறுவை செய்யப்படுகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில், ஒரே ஒரு மகப்பேறு டாக்டர் மட்டும் இருக்கும் போது, உணர்வு நீக்கம் செய்ய இயலாது.

இடது கையால், பிறப்புறுப்புப்பிளவு பிரிக்கப்படுகிறது. கூம்பு வடிவ, வலது ''மகப்பேறு டாக்டர் கை'' யோனியின் வழியாக, கருப்பையினுள் செலுத்தப்படுகிறது. உட்செல்லும் கையின் உள்ளங்கை, பூப்பிணைப்பை



படம் 274. நச்சுக்கொடியை கைகொண்டு பிரித்தல்

நோக்கி இருத்தல் வேண்டும். அப்போது, இடது கை, கருப்பையின் உச்சியின் மேல் வைக்கப்பட்டு வேண்டும். கருப்பைக்கழுத்துத் துவாரத்தின் வீங்கியவிளிம்பை, நச்சுக்கொயின் விளிம்பு எனத் தவறாகக் கருதி விடாமல் இருக்க வலது கை, கருப்பையினுட் செலுத்தப்படும் போது, தொப்பூழ் கொடியைப் பின்பற்றிச் செல்ல வேண்டும். தொப்பூழ்கொடி வழியாக உட்சென்ற வலது கை, நச்சுக்கொடியை அடைந்தவுடன், எவ்வளவு பிரிந்திருக்கிறது எனத் தெரிய, அதன் விளிம்பைப் பரிசோதிக்க வேண்டும். நச்சுக்கொடிக்கும், கருப்பைச் சுவருக்கும் இடையேயுள்ள வெற்றிடத்தில் கையைச் செருக வேண்டும். நச்சுக்கொடியைப் பிரிக்க வலது கை, ஒரு ரம்பம் போன்று பணிபுரியும் போது, இடது கை, உள்ளேயுள்ள

கைக்கு உதவும் வகையில், கருப்பைக் கூரையை அமுக்க வேண்டும். (படம் 274) இவ்விதமாக, முழுமையான நச்சுக்கொடி பிரிக்கப்பட்ட பின், தொப்பூழ் கொடி கொண்டு, அதை, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி நோக்கி இழுக்க வேண்டும். பின்னர் இடது கை கொண்டு கருப்பையிலிருந்து நச்சுக்கொடியை வெளியேற்ற வேண்டும். கருப்பையினுள் இருக்கும் வலது கையால், நச்சுக்கொடி முழுவதும் அகற்றுப்பட்டு விட்டதா என பரிசோதிக்க வேண்டும். நச்சுக் கொடி முழுவதும் அகற்றப்பட்ட பின்னர், கருப்பைச் சுவர்கள், மென்மையாக இருக்கின்றன. நச்சுக்கொடி இருந்த் இடம் மட்டும் சொரசொரப்பாக இருக்கும். உதிர்படலத்தின் எஞ்சியவை மட்டும், நச்சுக்கொடி இருந்த இடத்தில் இருக்கலாம்.

கருப்பைக் குழிவை முழுமையாகப் பரிசோதித்த பின்னர், கருப்பையிலிருந்து கையை வெளியே எடுத்து விட்டு, 1 மி.லி. எர்காட் மருந்தையும், 1 மி.லி. பிட்யூடரினையும் சரும் அடி ஊசியாக உட்செலுத்த வேண்டும். பனிக்கட்டிபை ஒன்றை கீழ்வயிற்றின் மீது வைக்க வேண்டும். சோகையிருந்தால், இரத்தம் (பிளாஸ்மா அல்லது இரத்தத்திற்கு பதிலாக ஒரு பொருள்) உட்செலுத்தப் பட வேண்டும். குருதிப்பெருக்கு நீடித் தடுக்க முயற்சிகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்.

பிரசவபின் நோய் பாதிப்புக்கு (நீடித்த பிரசவம், நீண்ட ''உலர்ந்த'' காலம், எண்டோமெட்ரிய அழற்சியின் அறிகுறிகள், இன்னபிற) முன்னிணக்கமான சிக்கல்கள் இருந்தால் (நச்சுக் கொடியை பிரிக்கும் போதும், அகற்றும் போதும்), அடுத்த இரண்டு மூன்று நாட்களுக்கு சல்பா மருந்துகளை, தினமும் 4—5 தடவைகள் (1 கிராம் அலகில்) கொடுக்க வேண்டும். பெயிசிலின் (50,000—100,000 யூனிட்டுகள்) அல்லது மற்ற ஏதாவது எதிர் உயிர்மருந்துகள், இரண்டு, மூன்று நாட்களுக்கு 3 மணி நேர இடைவெளியில், கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

நச்சுக்கொடியையோ அல்லது அதன் எஞ்சிய பகுதிகளையோ பிரித்தல், சிரமமல்ல. ஒட்டிய நச்சுக்கொடியை, அதைப் பிரிப்பது இயலாத ஒன்று. கை கொண்டு அதைப் பிரிக்க முயன்றால், கருப்பையில் துளையேற்பட்டு, நோயாளி மரணமடையலாம். ஆகவே கருப்பையையே அகற்றி விட வேண்டும். தனியாகப் பணிபுரியும் மகப்பேறு டாக்டர் சுத்தமான வலைத்துணி கொண்டு கருப்பையை நிரப்ப வேண்டும். மற்றும் ஒரு டாக்டரை அழைக்க வேண்டும். அல்லது நோயாளியை மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

பிரசவபின்கால துவக்க மணி நேரங்களில் குருதிப்பெருக்கு

நச்சுக்கொடி வெளிவந்த பின்னர், குருதிப்பெருக்கு ஏற்ப்படுவது. மகப்பேறு இயலில், அடிக்கடி நிகழும் அசாதாரண நிலையாகும். பிரசவபின் கால துவக்க மணி நேரங்களில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுவது கீழ்க்கண்டவற்றை பொறுத்து இருக்கிறது:—

1) **நச்சுக்கொடியின் சில பகுதிகள், கருப்பையினுள் தங்கி விடல்.**

நச்சுக்கொடி வெளிவந்த பின்னரும், அதன் மிகச் சிறிய பகுதிகள் கருப்பையின் உள்ளே தேங்கி விட்டால், கருப்பையின் சகஜமான சுருக்கத்தைப் பாதிக்கிறது. நச்சுக்கொடி இருந்த இடத்திலுள்ள சிதைந்த இரத்த நாளங்களிலிருந்து குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது.

ஒட்டிய நச்சுக்கொடியின் போதும், பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தை சரியாக மேற்பார்வையிடாததாலும், நச்சுக்கொடியின் சில பகுதிகள், பின்தங்கி விடலாம். இந்தச் சிக்கல்களின் போது குருதிப்பெருக்கு தோன்றுகிறது.

குருதிப்பெருக்கு தவிர நோய் தொற்றும் உண்டாகலாம். நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்ட உடனேயே, கருப்பையிலிருந்து, நச்சுக்கொடியின் எஞ்சியுள்ள. துகள்களை அகற்றிவிட வேண்டும். (சிசுவின் படலங்கள் பின் தங்கி விட்டால், சிக்கலான ஆபத்துகள் உண்டாவதில்லை. ஏனெனில் அவை தாமாகவே வெளிப்பட்டு விடுகின்றன.)

2) **கருப்பையின் குறைவிறைப்பும், விறைப்பின்மையும்:** — அபூர்வமான நிலைகளில், கருப்பையின் முழுமையான விறைப்பின்மை உண்டாகிறது. பிரசவபின் கால துவக்க மணி நேரங்களில், குறைவிறைப்பு அடிக்கடி ஏற்படுகிறது. கருப்பையில் வலுவற்ற சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. தூண்டல்களுக்கான (மசாஜ், குளிர்ச்சி முதலியன) அதன் பிரதிவினையும். பலவீனமாகவே உள்ளன. கருப்பை போதுமான அளவில் சுருக்கமடையாததால், நச்சுக்கொடி இருந்த இடத்தில் உள்ள சிதைந்த இரத்த நாளங்களிலிருந்து இரத்தம் கசிகிறது.

பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடிக் கட்டத்தில் ஏற்படும் குருதிப்பெருக்குக்கான காரணங்களே, நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்ட பின்னர் ஏற்ப்படும் குறைவிறைப்புக் குருதிப்பெருக்குக்கும் பொருந்தும். அவையாவன:—மழலியம், ஒன்றுக்கு மேற்ப்பட்ட கர்ப்பம், வலுவான பிரசவத்தின் பின்னான சோர்வு, முந்தைய அழற்சி வியாதிகளுக்கு பின் கருப்பைச் சுவரில் ஏற்படும் மாற்றங்கள்.

குறைவிறைப்பு கொண்ட கருப்பை தொய்வடைந்துள்ளது. தூண்டலுக்கான அதன் பிரதிவினை போதுமானதாக இல்லை. கருப்பையும் பெரிதாகவும் இருக்கிறது. விறைப்பின்மை கொண்ட கருப்பையும் தூண்டலுக்கு (குளிர்ச்சி, மசாஜ்) பிரதிவினை புரிவதில்லை. தசைகள் தொய்வடைந்துள்ளன. கருப்பை பெரிதாக இருக்கிறது. அதன் எல்லைக் கோடுகள் தெளிவாக இல்லை. குருதிப்பெருக்கு மிகையாக இருக்கிறது. துரிதமாக நிலைகுலைவு ஏற்படுகிறது.

3) **பிறப்புபாதையின் திசுக்களின் சேதாரம்.** — கருப்பைக்கழுத்து மற்றும் யோனி, விடபம், புறப்பிறப்புறுக்கள் ஆகியவற்றின் கிழிசல்கள், பிரசவத்தின் பின்பும், பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடிக் கட்டத்தின் போதும் ஏற்படும் குருதிப்பெருக்குக்கு காரணமாக அமைகிறது. (பிரிவு 26 பார்க்கவும்).

நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்டவுடனோ அல்லது சிறிது நேரம் கழித்தோ, குருதிப் பெருக்கு ஏற்படலாம். நச்சுக்கொடி கட்டத்தின் போது துவங்கும் குருதிப்பெருக்கு, பிரசவபின் காலம் வரை நீடிக்கிறது. இரத்த இழப்பு1000 மி.லி. வரை இருக்கலாம். தீவிர சோகை உண்டாகிறது. (சருமமும், சிலேட்டுமமும் வெளிறிக் காணப்படுகிறது. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது; தலைச் சுற்றல் உண்டாகிறது. இன்னபிற)

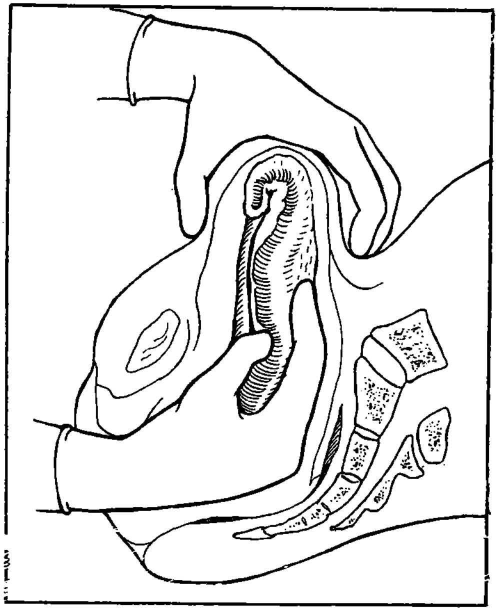
4) **இரத்த உறைவு கோளாறுகளும்,** பிரசவத்தின் போதும், பிரசவத்தின் பின்னான காலத்திலும், குருதிப்பெருக்குக்கு, அபூர்வமான காரணங்களாக இருக்கின்றன. ஃைபப்ரினோஜன் குறைவாக இருக்கும் போதும், அறவே இல்லாத போதும், இரத்தத்தின் உறையும் தன்மை குறைந்து விடுகிறது அல்லது அடியோடு இல்லாமல் போகிறது. இத

னால், கருப்பையை மசாஜ் செய்தாலும், கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவிக்க மருந்துகள் கொடுத்தாலும், குருதிப்பெருக்கு இருந்து கொண்டே இருக்கிறது. கருப்பையில் சிசு நீண்ட காலமாக இறந்து கிடப்பதும், பனிநீர் துகள் அடைப்பின் போதும், மிகையான (குறைவிறைப்பு அல்லது விறைப்பற்ற) குருதிப்பெருக்கின் போதும், இரத்த உறை கோளாறுகள் உருவாகலாம்.

இரத்த உறைவு கோளாறுகளின் முன் காப்பு முறைகள் வருமாறு:—பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தை நன்கு நடத்துவது, வெளிப்பட்ட நச்சுக்கொடியை நன்கு பரிசோதித்தல், இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் மெல்லிய திசுக்களின் கிழிசல்களைத் தவிர்த்தல், விறைப்புக்குறை குருதிப்பெருக்குக்கு, மகப்பேறு டாக்டர் தயாராக இருக்க வேண்டும். (மழலியம், மிகுநீர் பனிக்குடம், ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட பிரசவம் ஃைபப்ரோமையோமா, முதலியன.) குருதிப்பெருக்கை நிறுத்தி, சோகையைத் தடைசெய்யத் தேவையானவற்றுடன் முன் கூட்டியே, டாக்டர் தயாராக இருக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை:—ஆபத்தான சிக்கலின் காரணத்தை அகற்றுவதைப் பொறுத்து கருதிப்பெருக்கைத் தடைசெய்வதின் வெற்றி அமைகிறது. ஆகவே, குருதிப்பெருக்கின் காரணத்தை முதலில் தண்டு பிடித்து அதற்கு ஆவன செய்ய வேண்டும்.

கருப்பைக் கழுத்து மற்றும் யோனி, புறபிறப்புறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் சேதாரங்களால் குருதிப்பெருக்கு உண்டானால், அதைச் சீர் செய்ய வேண்டும். நச்சுக்கொடியின் எஞ்சியவை தேங்கி விட்டதால் குருதிப்பெருக்கு உண்டானால், கருப்பையை உடனடியாகப் பரிசோதித்து, கை கொண்டு,



படம் 275. கருப்பைக் குழிவை கை கொண்டு பரிசோதித்தல்

நஞ்சுக்கொடியின் எஞ்சியவற்றை அகற்ற வேண்டும். குறைவிறைப்பு குருதிப்பெருக்கில், கருப்பையின் விறைப்புத் தன்மையையும், சுருங்கும் தன்மையையும் அதிகரிக்க, வேண்டிய முறைகளைக் கையாள வேண்டும்.

நச்சுக்கொடியின் எஞ்சிய பொருட்கள் பின்தங்கி விட்டதாக இருந்தாலும், சந்தேகமான கேசுகளிலும், கருப்பையை கை கொண்டு பரிசோதிக்க வேண்டும். கை கொண்டு நச்சுக்கொடியைப் பிரிப்பதற்கான நியதிகள் இதற்கும் பொருந்தும்.) பரிசோதிக்கும் கை, கருப்பைச் சுவர்களையும், அதன் கூரையையும், கருவகக்குழல் கோணங்களையும், நன்கு ஆராய வேண்டும். (படம் 275) அனுவவ மிக்க ஒரு டாக்டர், கருப்பையைப் பரிசோதித்து, ஒரு மழுங்கலான

சுரண்டி கொண்டு, நச்சுக்கொடியின் எஞ்சிய பாகங்களை அகற்ற வேண்டும். (இப்போது, கருப்பையின் விறைப்புத் தன்மை போதுமானதாக இருக்க வேண்டும்.) நச்சுக்கொடியின் எஞ்சியவை அகற்றப்பட்ட பின்பு, கருப்பை சுருங்கி, கருதிப்பெருக்கு நின்று விடுகிறது. குறிப்பிட்ட அவசியங்களுக்காக (எண்டோமெட்ரிய அழற்சியின் அறிகுறிகள்; நோய் தொற்றுக்கு முன்னிணக்கமான சில சிக்கல்கள்) கருப்பையை கை கொண்டு பரிசோதித்த பின்னர், எதிர் உயிர் மருந்துகள் அல்லது சல்பா மருந்துகள், பிரசவிப்பிக்குக் கொடுக்க வேண்டும்.

குறைவிறைப்பு, விறைப்பின்மை குருதிப்பெருக்கை கீழ்க்கண்டவாறு கட்டுப்படுத்த வேண்டும்:—

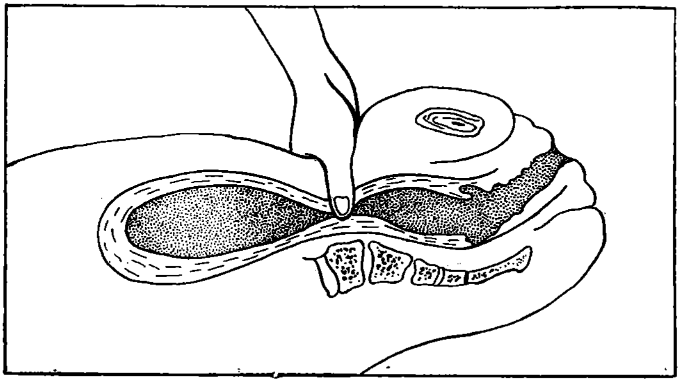
1) மூத்திரப்பையிலிருந்து மூத்திரம் அகற்றப்படுகிறது. வயிற்றுச் சுவர் வழியாக, கருப்பை, மசாஜ் செய்யப்படுகிறது. கருப்பையின் உச்சியின் மேல் வைக்கப்பட்ட கையால், மெதுவாக வட்டவட்டமாக கருப்பையைத் தேய்க்க வேண்டும். (வலுவுள்ள தோய்ப்புகள் போதிய பலனை அளிப்பதில்லை.) கருப்பையின் சுருக்கத்தை, மசாஜ் தூண்டுகிறது; கருப்பை திடமடைகிறது. கருப்பையிலிருந்து குருதி உறை கட்டி வெளிப்படுகிறது. அத்துடனேயே 1 மி.லி. 0.05% எர்கோடால் கரையம் அல்லது 0.5—1 மி.லி. 0.02% மீதைல் எர்கோமெட்ரின் கரையம் சிரை வழியாகக் கொடுக்கப்படுகிறது. ஆக்ஸிடோசின் (5—8 யூனிட்டுகள், 500 மி.லி. 5% குளுகோஸ் கரையத்துடன்) சிரை மூலம் உட்செலுத்தப்படுகிறது.

பனிக்கட்டிப்பையை, கீழ்வயிற்றின் மேல் வைக்க வேண்டும்.

கருப்பையின் குறைவிறைப்பு மிகையாக இல்லாவிடில், மேற்கூறிய முறைகளே போதுமானதாகும்.

2) குருதிப்பெருக்கு நிற்காவிடில், கருப்பைக்குச் செல்லும் இரத்தத்தைக் குறைக்கவோ, நிறுத்தவோ வேண்டிய முறைகளைக் கையாள வேண்டும். கருப்பையின் சுருக்கத்தை, இது, ஊக்குவிக்கும்.

பிஸ்காசெக்கின் செயல் முறை: கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியை இடது கையால் இறுக்கிப் பிடித்து அழுக்கவும். (ஒரு பக்கத்தில் கட்டை விரலும், மற்ற பக்கத்தில் 4 விரல்களும் இருக்க வேண்டும்). கருப்பைத் தமனிகளின், கிரைகளின்,



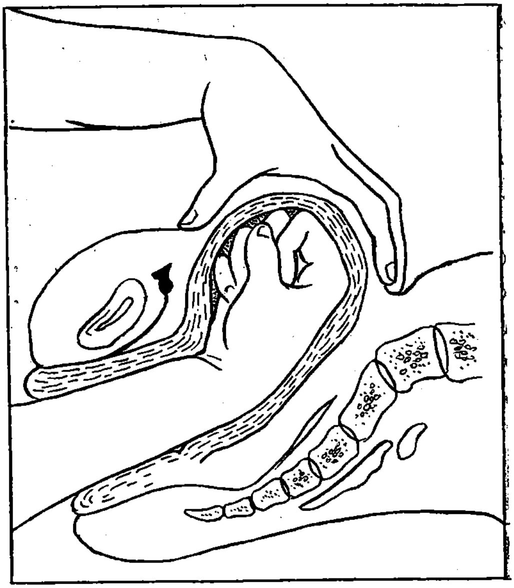
படம் 276. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியை முதுகெலும்பு நோக்கி அழுத்துதல்

உட்துவாரம், இதனால் சுருக்கமடை யும். அதே போது, கருப்பையின் கூரை யை வலது கையால் பிசையவும்.

ஜெண்டரின் செயல்முறை. படுக்கை யின் தலைப்பகுதியைத் தாழ்த்தவும். இடது கையால் கருப்பையின் கீழ்ப்பகு தியை அழுத்தவும். (பிஸ்காசெக் முறை போன்று.) வலுவுடன் கருப்பையை மேல் நோக்கி இழுக்கவும், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியை, முதுகெலும்பு நோக்கி அமுக்கவும். (படம் 276) இது, மேலும் பலனளிக்க, மற்ற கையால் கருப்பை யைத் தேய்க்கவும். இது போன்று 10—15 நிமிடங்கள் செயல்படவும். கருப் பையின் இரத்த நாளங்கள் அமுக்கப் படுகின்றன. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி யால், முதுகெலும்புக்கு எதிராக, மகா தமனி அழுத்தப்படுகிறது. இதனால் கருப்பைக்குச் செல்லும் இரத்த ஓட்டம் குறைகிறது. கருப்பை சுருங்குகிறது.

3) இரத்தப்பெருக்கு நீடித்தால், கருப்பையைக் கை கொண்டு (ஏற்க னவே செய்யப்படாவிடில்) பரிசோ தித்து, குருதி உறை கட்டிகள், நச்சுக் கொடியின் எச்சங்கள் ஆகியவை அகற் றப்படுகின்றன. கருப்பையினுள்ளிருக் கும் கை முஷ்டியாக இறுக்கப்பட வேண் டும். மற்ற கையால், வயிற்றுச்சுவர் வழியாக கருப்பையின் உச்சி நன்கு தேய்க்கப்படுகிறது. (படம் 277)

4) வயிற்று மகாதமனியை அமுக்கு தல். குறைவிறைப்பு மிகையாக இருந் தால் (விறைப்பின்மை), மகாதமனியை அமுக்கி, கருப்பையினுள் இரத்தம் செல்லாமல் தடை (விறைப்பின்மை), மகாதமனியை அமுக்கி, கருப்பையினுள் இரத்தம் செல்லாமல் தடை செய்ய வேண்டும். நோயாளியின் ஒரு பக்கமாக மகப்பேறு டாக்டர் இருந்து கொண்டு, கை விரல்களின் பின்புரப்பு கொண்டு, வயிற்று வழியாக, முதுகெலும்புக்கு

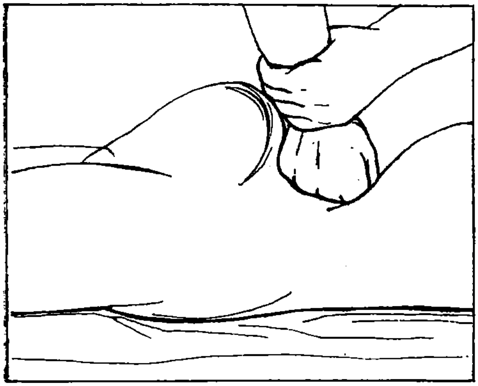


படம் 277. கை முஷ்டி கொண்டு கருப்பை தேய்க்கப்படல்

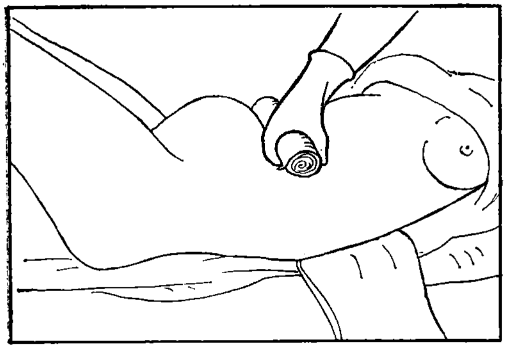
எதிராக, வயிற்று மகாதமனியை அமுக்க வேண்டும். (படம் 278) கை, சோர்ந்து விட்டால், மற்ற கை கொண்டு, இந்தக் கையின் மணிக்கட்டை இறுக்க மாகப் பிடிக்க வேண்டும். இரண்டு கைக ளின் விரல்கள் கொண்டும். மகாதமனி யை, முதுகெலும்புக்கு எதிராக அழுத்த முடியும். (பிர்புகோவின் செயல் முறை) அல்லது ஒரு துணிக்கட்டு கொண்டு வயிற்றைச் சுற்றி கட்டுப் போட வேண் டும். (படம் 279, 280) 5) நெருக்கி அடைத்தல்.

மேற்கூறிய முறைகள் பலனளிக்கா விடில் அல்லது தற்காலிகமான பலன ளித்தால், அகலமான, சுத்தமான வலைத்துணி கொண்டு, கருப்பைக்கு ழிவை நெருக்கி அடைக்க வேண்டும். இதனால் குருதி அடைப்புகள் உரு வாகி, இரத்த நாளங்கள் அடைபட்டு கருப்பை சுருங்குகிறது. இந்த முறை

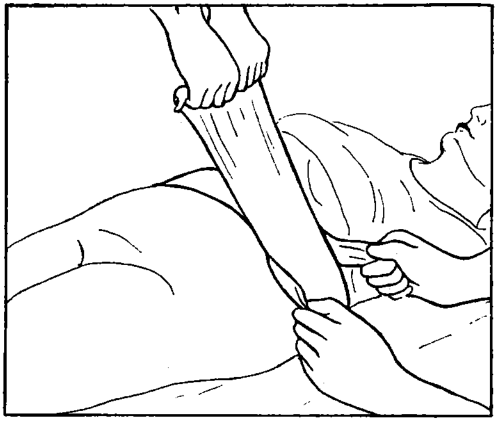
யின் தீய அம்சம் என்னவெனில் நோய் தொற்றும் அபாயம் தான். கருப்பை யை நெருக்கி அடைக்கும் போது, தொற்றெதிர் நியதிகள் கடுமையாகப் பின்பற்றப்பட வேண்டும். (மகப்பேறு அறுவைகளுக்கு செய்வதைப் போல்), புறபிறப்புறுப்புக்கள் நன்கு கழுவப்பட வேண்டும். அகலமான உட்காட்டிகள், யோனியினுள் செருகப்பட வேண்டும். கிடுக்கி கொண்டு, கருப்பைக் கழுத்தை, யோனி வரை இழுக்க வேண்டும். நீண்ட வளைந்த கிடுக்கி (பேக்கர்) கொண்டு,



படம் 278. கை முஷ்டி கொண்டு, வயிற்று மகாதமனியை அமுக்குதல்



படம் 279. துணி உருளை கொண்டு வயிற்றுத் தமனியை அமுக்குதல்



பபிம் 280. வயிற்றைச் சுற்றி துணி உருளை கொண்டு கட்டுப்போடுதல்

நீளமான வலைத் துணியை, கருப்பைக் குழிவினுள் திணிக்க வேண்டும். குழிவு முழுவதும் (உச்சியிலிருந்து கழுத்து வரை) அடைக்கப்பட வேண்டும். கருப் பைக் கழுத்தை விட்டுவிட்டு, யோனி யையும் துணி கொண்டு அடைக்க வேண் டும். உள்ளே திணிக்கப்பட்ட வலைத் துணி, 8—10 மணி நேரங்களுக்கு உள் ளிருக்கலாம்.

6) இந்த முறைகளால் விறைப்பற்ற குருதிப்பெருக்கு நிற்காவிடில், கருப் பை அகற்றப்பட வேண்டும்; அல்லது இரத்த நாளங்கள் கட்டப்பட வேண் டும்.

7) ஃைபப்பினோஜன் குறைவாலோ அல்லது இல்லாமையாலோ, குருதிப்பெ ருக்கு ஏற்பட்டால், சிட்ரேட் கொண்ட இரத்தம் உட் செலுத்தப்பட வேண் டும். ஃைபப்ரினோஜன், மற்றும் புரோ டமைன்சல்பேட், எப்சிலான்—அமை னோகாப்ராயிக் அமிலம், போன்ற இரத்த உறைவை ஊக்குவிக்கும் பொ ருட்களை சிரை மூலம் உட்செலுத்த வேண்டும்.

தீவிர சோகையைக் கட்டுப்படுத்தல்

பிரசவபின்கால குருதிப்பெருக்கால் விளையும் தீவிர சோகை, பெண்ணின் இன்றியமையாத பணிகளைப் பாதிக்கிறது. (இரத்த ஓட்டம், சுவாசித்தல், வளர்சிதை மாற்றம் முதலியன); உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியைக் குறைக்கிறது; பிரசவபின் கால மரணத்திற்குக் காரணமாக அமையலாம். குருதிப்பெருக்கை, நிறுத்துவதற்கான முயற்சிகளை மேற்கொள்வதுடன், சோகையச் சீர்செய்யும் வழிகளையும் கையாள வேண்டும்.

1) படுக்கையின் தலைப்பக்கம் தாழ்த்தப்பக்கம் தாழ்த்தப்பட்டு இருக்க வேண்டும். இதனால் மூளைக்கு இரத்த வினியோகம் சரியாக இருக்கும்.

2) நோயாளியின் நாலாபக்கங்களிலும், சுடுதண்ணீர் பைகளை வைத்து, நோயாளியை வெப்ப நிலையில் வைத்திருக்க வேண்டும். பின்தலைப்பகுதியும் வெப்பமாக இருக்க வேண்டியுள்ளதால் பின்தலைக்கு அடியில், ஒரு சுடு தண்ணீர் பையை வைக்க வேண்டும். தீப்புண்கள் ஏற்படாதவாறு கார்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.

3) சோகையைச் சீர்செய்ய மிக முக்கியமான வழி, இரத்தம் உட்செலுத்தப்படுதலேயாகும். சோகையின் தீவிரத்தன்மையைப் பொறுத்து, உட்செலுத்தப்படும் இரத்தத்தின் அளவு, அமைகிறது. இரத்தத்தை உட்செலுத்துவதன் மூலம், சீர்குலைந்த பணிகள் மீட்சி அடைகின்றன. பெருமளவிலான அதிர்ச்சியின் போதும், துயரத்தின் போதும், இரத்தத்தை மிகையான அழுத்துத்துடன் தமனிகளினுட்செலுத்த வேண்டும்.

4) இரத்தம் உட்செலுத்த வேண்டிய சூழ்நிலை இல்லாத போது, பெருமளவில் திரவம் நோயாளிக்குக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். காபி, ஒயின் கலந்த சூடான தேயிலை, (அல்லது ஒரு குவளை தேயிலை பானத்தில் ஒரு மேசைக் கரண்டி. சுத்தமான அல்கஹாலைக் கலந்து) பெருமளவில் கொடுக்கப்பட வேண்டும். உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்தின் 500—1000 மி.லி.ல் 5—8 சொட்டுக்கள் 0.1% அட்ரினலினைக் கலந்து சரும அடி ஊசியாகக் கொடுக்கலாம். உப்புக்கரையத்திற்குப் பதிலாக, அதே அளவில் 5% குளுகோசைக் கலந்து கொடுக்கலாம்.

5) குருதிப்பெருக்கு நின்றவுடன், நோயாளிக்கு இருதய ஊக்குவிப்பு மருந்துகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (காஃபீன், சூடன்.)

6) நோயாளிக்கு ஆக்ஸிஜன் கொடுக்கப்பட வேண்டும். ஆக்ஸிஜன் இல்லாவிடில், சாளரங்களைத் திறந்த வைக்க வேண்டும்.

நச்சுக்கொடிக் கட்டத்திலோ அல்லது பிரசவபின் காலத்திலோ, குருதிப்பெருக்கு உண்டானால், மகப்பேறு உதவியாளர் ஒரு டாக்டருக்குச் சொல்லி அனுப்பி, குருதிப் பெருக்கையும், சோகையையும் கட்டுப்படுத்த ஆவன செய்ய வேண்டும்.

பிரசவபின் காலக் குருதிப்பெருக்கிலிருந்து சீரடையும் நோயாளிகள் கவனத்துடன் பராமரிக்கப்பட வேண்டும்.

பிரசவப்பின் கால, காலந்தாழ்த்திய குருதிப்பெருக்கு

குழந்தை பிறந்த 24 மணி நேரங்களுக்குப் பிறகு தோன்றும் குருதிப்பெருக்கை காலந்தாழ்த்தியது என்கிறோம். சிலபோது 10—15 நாட்களுக்குப் பிறகு குருதிப்பெருக்கு உண்டாகிறது.

இதற்கு முக்கியமான காரணம், நச்சுக்கொடியின் எஞ்சியவை, கருப்பையில் தங்கி விடுவதேயாகும். இவை, ஒரு தொங்கு தசையாக மாறி, ஒரு தவிர்க்க முடியாத குருதிப்பெருக்குக் காரணமாக அமைகிறது. சிசுவின் படலங்கள் பின் தங்கி விடுவதாலும் அல்லது கிருமி பாதிப்பாலும், இத்தகைய குருதிப் பெருக்கு ஏற்படுகிறது. நச்சுப்பொருள் பின் தங்குவதாலும் அல்லது சிசுப்படலங்கள் பின்தங்குவதாலும் குருதிப் பெருக்கு ஏற்ப்பட்டால், கருவிகள் கொண்டு அவற்றை அகற்றுவது (சுரண்டல்) சிறந்த முறையாகும். இந்த அறுவையில் சிரமங்கள் பல இருப்பதால், ஒரு டாக்டர் இதைச் செய்வதே பொருந்தும்.

நோய் பாதிப்புக்கு சிகிச்சை அளித்து விட்டால், குருதிப்பெருக்கு நின்றுவிடும்.

பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும் ஏற்படும் காயங்கள்

பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும், விடபம் மற்றும் அல்குல், யோனி, கருப்பைக்கழுத்து ஆகியவற்றின் கிழிசல்கள் ஏற்படலாம். குருதிக் கட்டிகள், கூபக எலும்புகளின் பிறழ்வு, சிறுநீர்—பிறப்புழுப்பு, மலக்குடல் யோனி புரைகள் ஆகிவை, சிலபோது, அசாதாரண பிரசவத்தின் போது நேரலாம். பிரசவத்தின் மிகச் சிக்கலான ஆபத்து, கருப்பையின் கிழிசலேயாகும்.

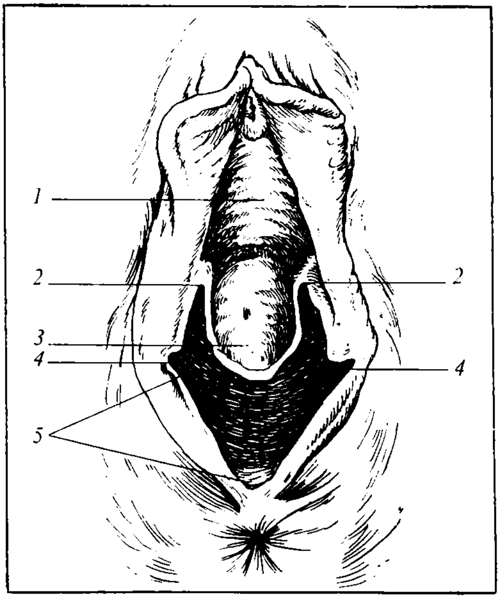
விடபம், மற்றும் அல்குல், யோனி ஆகியவற்றின் சேதாரங்கள்

பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தில், யோனி மற்றும் அல்குல், விடபம் ஆகியவை பெருமளவில் விரிவடைந்து காணப்படுகின்றன. ஆகவே, பிறப்புப்பாதையின் இந்தப்பகுதிகள் பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும் காயமடைகின்றன. குறிப்பாக விடபம், சுமார் 10% நோயாளிகளில், கிழிந்துபடுகிறது.

விடபத்தின்கிழிசல்கள்: விடபக்கிழிசலுக்கு முன்னிணக்கமான அம்சங்கள் வருமாறு:— 1) ''வயது வந்து'' தலைச்சூலிகளில், திசுநெகிழ்வு இல்லாமை, முந்தைய பிரசவத்தின் போது ஏற்பட்ட வடுக்கள்; விறைத்த விடபம். 2) மிகச்சிறிய விட்டத்தோடு அல்லாமல், சிசுத்தலை, அல்குல் வளையத்தின் வழியாக, மிகப்பெரிய விட்டத்துடன் கடத்தல். சிசுவின் தலை மிகப் பெரிதாக இருக்கும் போதும், முன்கூட்டியே உச்சித்தலையின் நீட்டலாலும், மேற்கூறியது நிகழ்கிறது. 3) அறுவை மூலம் சிசு பிறத்தல் (கிடுக்கிப் பிரசவம்). 4) குறுகலான கூபகம். குறிப்பாக ரிக்கட்சுடன் கூடிய தட்டையான கூபகம். (துரிதப் பிரசவம்) மழலியக் கூபகம் (குறுகலான பூப்பு கோணம்.) 5) தவறான முறையில் பிரசவம் நடத்தப்படுவது, உச்சித்தலையின் முன்கூட்டிய நீட்டல்; தலை, துரிதமாக வெளிப்படுதல்.

எச்சரிக்கையின்றி, காயம் ஏற்படுவதேயில்லை. ஏற்படும் மாற்றங்கள், வரப்போகும் காயங்களைச் சுட்டிக் காட்டிகின்றன. சிசுத்தலையின் போக்கால், விடபத்தின் மீதான அழுக்கல் அதிகரிக்கும் போது, அது ஒரு கோபுரம் மாதிரித் துருத்துகிறது. நீலநிறமடைந்து, வீங்குகிறது. சருமம் வெளிறி விடுகிறது; பளபளப்படைகிறது. சிறிய பிளவுகள், விடபத்தில் காணப்படுகின்றன. இத்தகைய மாற்றங்கள் (விடபத்தின் துருத்தல், சையனோசிஸ், வீக்கம், வெளிறிய நிலை), விடபம், கிழிந்து பட்டுப் போவதற்கான முன் அறிகுறிகளாகும்.

மத்தியில் விடபத்திறப்பு அறுவை அவசியமாகிறது. ஏனெனில் வெட்டப்பட்ட காயத்தின் மழமழப்பான விளிம்



படம் 281. விடபத்தின் முதல் வகைக் கிழிசல்
1) யோனியின் முன்சுவர்
2) யோனியின் பின் சுவர்
3) பின் இதழ் சுவர்
4) விடபச்சருமம்

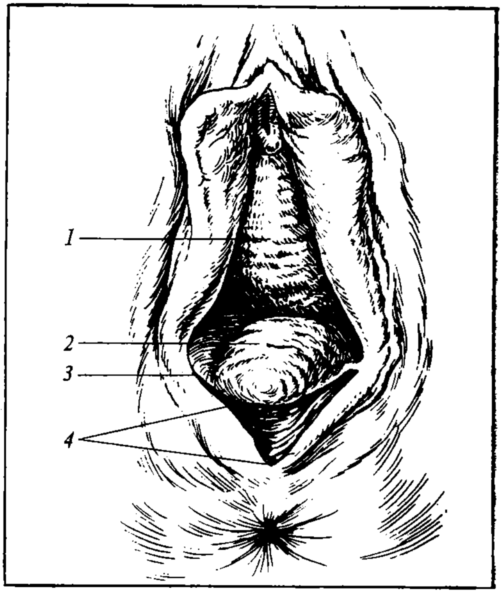
புகள், கிழிந்துபட்ட திசுக்களின் சீரற்ற விளிம்புகளை விட, எளிதில் குணமடைகின்றன.

விடபக்கிழிசல்கள், கீழ்க்கண்டவாறு வகைப்படுத்தப்படுகின்றன:—

முதல் வகை:—பின் இதழ் சுவர் கிழிந்துள்ளது. (விடபச்சருமத்தின் மிகச்சிறிய பகுதியும், யோனிச் சுவரும் பாதிக்கப்பட்டுள்ளன) விடபத்தசைகள் பாதிக்கப்படவில்லை (படம் 281).

இரண்டாவது வகை:—விடபச் சருமம், யோனிச்சுவர்கள், விடபத்தசைகள் (வெளிப்புற குதசுருக்கு தசையைத் தவிர) அனைத்தும் கிழிந்து கட்டுள்ளன. (படம் 282)

மூன்றாவது வகை:—மேற்கூறிய

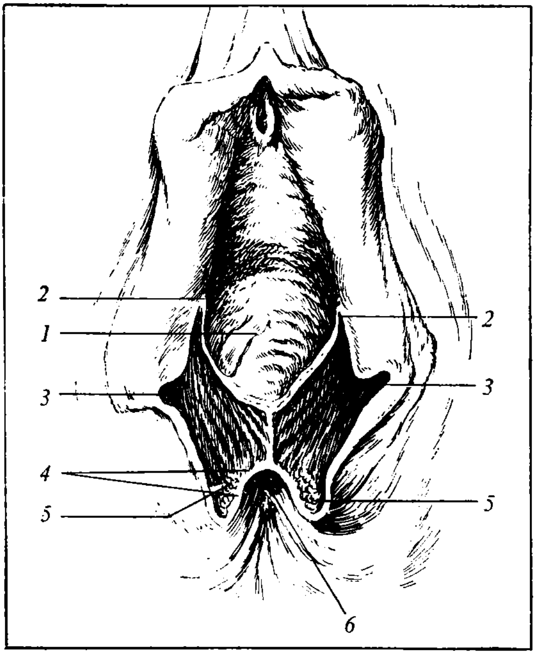


படம் 282. விடபத்தின் இரண்டாவது வகைக் கிழிசல்
1) யோனியின் முன்புறச் சுவர்
2) கிழிந்துபட்ட யோனியின் மேல் விளிம்பு
3) யோனியின் பின்புறச் சுவர்
4) பின் இதழ் சுவர்
5) விடபச் சருமம்

கிழிசல்களைத் தவிர வெளிப்புற குத சுருக்கு தசையும், சிலபோது மலக்குடல் சுவரும், பாதிக்கப்பட்டுள்ளன. (படம் 283)

விடபத்தின் மத்திய கிழிசல், பிரசவத்தின் ஒரு அபூர்வு சிக்கலாகும். பின் இதழ் சுவர் பாதிக்கப்படாமல் இருக்கிறது. பிறப்புறுப்புப் பிளவு வழியாக இல்லாமல், விடபத்தின் மத்திய கிழிசலின் துவாரம் வழியாக சிசு வெளிப்படுகிறது.

ஏற்கனவே கூறியபடி, இனப்பெருக்கப்பாதை மற்றும் விடபம் ஆகியவற்றின் இளந்திசுக்களின் காயம், நோய்



படம் 283. விடபத்தின் மூன்றாவது வகைக் கிழிசல்
1) யோனியின் பின்புறச் சுவர்
2) கிழிந்துபட்ட யோனியின் மேல் விளிம்பு
3) பின் இதழ் சுவர்
4) மலக்குடல் சிலேட்டுமம்
5) குதச்சுருக்கு தசை
6) குதம்

தொற்றும் அபாயத்தை உண்டாக்கலாம். மேலும் விடபத்தின் மிகச்சிறிய கிழிசல்களில் கூட, பிறப்புறுப்புக்களின் பிதுக்கங்கள் ஏற்பட வாய்ப்புகள் உள்ளன.

மூன்றாவது வகைக் கிழிசல்களில், மலம் மற்றும் வாயு ஆகியவற்றின் பிரிவை அடக்க இயலாமை உண்டாகிறது.

விடபத்தின் எல்லாக் கிழிசல்களும், சீர்செய்யப்பட வேண்டும்.

விடபக்கிழிசல்களை செப்பனிடல்.

நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்டவுடன், விடபக்கிழிசல்களுக்கு தையவிட வேண்டும். கிழிசல்களை சீக்கிரமாகப் பழுதுபார்த்தால், கிருமிபாதிப்பின் அபாயம் குறைகிறது. நச்சுக்கொடி வெளிவரும் வரை, தையல் போடக் கூடாது. ஏனெனில், பிரசவத்தின் நச்சுக்கொடி கட்டத்தில் சிக்கல்கள் நேர்ந்தால், கருப்பையினுள் கையை நுழைத்து ஆவன செய்ய நேரிடும்.

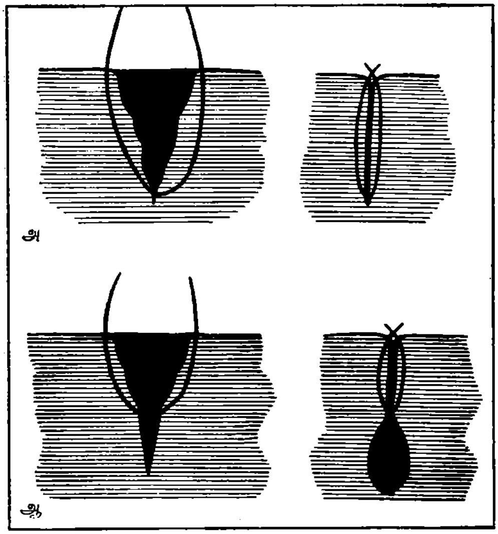
விடபக் கிழிசல்களை செப்பனிடும் போது, தொற்றெதிர் நியதிகள் அனைத்தும் பின்பற்றப்பட வேண்டும். மகப்பேறு அறுவைகளைப் போல், அறுவை செய்யப்பட வேண்டிய இடமும், அறுவையாளளின் கைகளும், மிகவும் சுத்தமாக இருக்க வேண்டும். தனியாகப் பணிபுரியும் மகப்பேறு உதவியாளர், முதலாவது, இரண்டாவது வகை கிழிசல்களை மட்டும் செப்பனிட அனுமதிக்கப்பட வேண்டும். டாக்டர் ஒருவர் தான், மூன்றாவது வகைக் கிழிசலை பழுதுபார்க்க வேண்டும்.

விடபக்கிழிசல்களைச் சரி செய்ய கீழ்க்கண்ட கருவிகள் தேவைப்படுகின்றன: 2யோனி உட்காட்டி, 2மேல்தூக்கிகள், 2—3 அடைப்பான்கள் 3—4 இடுக்கிகள், 4—5 இரத்த உறை இடுக்கிகள், கத்திரிகள், ஊசிதாங்கிகள், 3—4 பலவகை ஊசிகள், உலோக உட்குழல், உணர்வகற்ற சிரிஞ்சு, ஊசிகள் இன்னபிற. தொற்றுநீக்கப்பட்ட அடைபடுகின்றன. உட்புறத் தையல்களுக்கு கேட்கட்டும், வெளிப்புறத் தையல்களுக்கு சில்க்கும் தேவைப்படுகிறது. (கேட்கட் என்பது ஆடுகளின் குடல் இழைகள். கேட்டா என்றால்லத்தீன் மொழியில் குடல் என்று பொருள். மொ—ர்.) அறுவை மேசையின் விளிம்

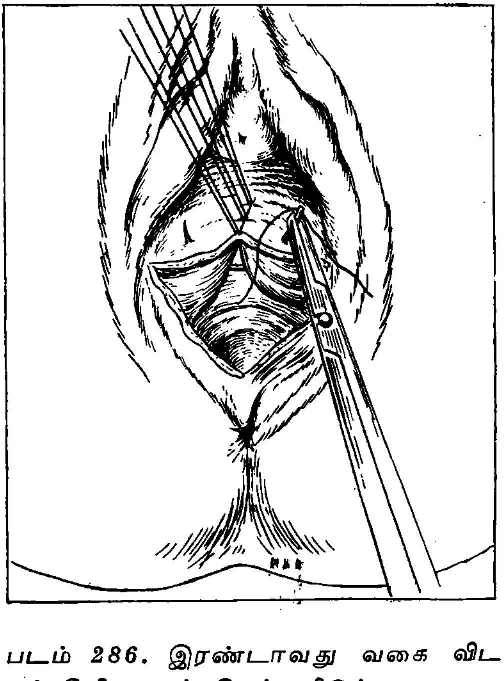
யில், விடபக்கிழிசல்கள் செப்பனிடப்பட வேண்டிய நோயாளி, படுத்திருக்க வேண்டும். விரிக்கப்பட்ட தொடைகளில் கால்கள் மடங்கியிருக்க வேண்டும். தொடைகள், வயிற்றின் மேல் மடங்கி இருக்க வேண்டும். தையல் போடும் முன்பு, உட்காட்டி கொண்டு, காயங்களை நன்கு பரிசோதிக்க வேண்டும். மகப்பேறு உதவியாளர் தனியாகவே பணிபுரியும் போது, இடது கையால் காயத்தைத் திறந்து, வலது கையால் உலர்த்தி, தையல் போட வேண்டும்.

யோனிச்சுவர்க் காயத்தின் மேல் கோணத்தின் மீது, கேட்கட்தையல் போடப்பட வேண்டும். இழைகளின் நுனிகளை, கிடுக்கி கொண்டு மேல் நோக்கி இழுக்க வேண்டும். யோனி சிலேட்டுமம், விடபச்சருமத்துடன் சேரும் இடத்தில் உள்ள காயத்தின் விளிம்புகளை, இரண்டு கிடுக்கிகள் கொண்டு, பிடிக்க வேண்டும். கிடுக்கியும், பிடிப்பானும் கொண்டு, காயத்தைத் திறந்து உலர்த்த வேண்டும். கிழிசலை நன்கு சோதிக்க வேண்டும். கிழிந்துபட்ட காயவிளிம்புகளை அகற்றிவிட வேண்டும்.

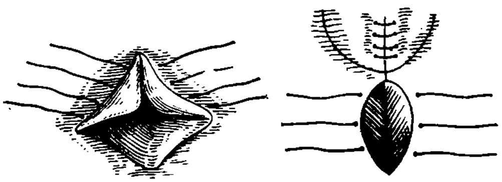
முதல் வகை விடபக்கிழிசல்களுக்கு, யோனி சிலேட்டுமத்தின் மீது கேட்கட் தையல்கள் போட வேண்டும். விடபச்சருமத்தின் மீது சில்க் தையல்கள் போட வேண்டும். (படம் 284) 1 செ. மீ. இடைவெளியில், தையல்களைப்



படம் 285. தையல் போடுதல் அ. சரியான முறை; ஆ. தவறான முறை



படம் 286. இரண்டாவது வகை விடபக் கிழிசலைச் செப்பனிடும் முறை.



படம் 284. முதல்வகை விடபக் கிழிசலைச் செப்பனிடல்

போட வேண்டும். முழுமையான காயப் பரப்பிற்கு அடியில் ஊசியைச் செலுத்த வேண்டும். இல்லையெனில், காணப்படும் பள்ளங்களில் இரத்தம் தேங்கி, காயம் சீரடைவதைத் தடை செய்யும். காயத்தின் மீது தையல் போடும் போது, அதன் விளிம்புகள், நன்றாக ஒன்றோடு ஒன்று ஒட்டியிருக்க வேண்டும். (படம் 285)

இரண்டாவது வகை விடபக்கிழிசல்களை செப்பனிடும் முறை வருமாறு:—காயத்தின் மேல் கோணம், முதலில் தைக்கப்படுகிறது. (படம் 286) பின்னர், கிழிபட்ட விடபத் தசைகளுக்கு, ஆழமான கேட்கட் தையல்கள் போடப்படுகின்றன. (தையலின் போது சருமத்தையும், சிலேட்டுமத்தையும் சேர்க்கக் கூடாது.) யோனி சிலேட்டுமத்தை, பின்புற இதழ்சுவர் வரை, தைக்க வேண்டும். தையலின் நுனிகள், வெட்டப்படுகின்றன. விடபச் சருமத்தையும் மேல் நோக்கித் தைக்க வேண்டும். விடபச்சருமத்திற்கு சில்க் தையல் போட்டு அதன் நுனிகளை வெட்டிவிட வேண்டும். (உலோகப்பிடிப்பான்களையும் உபயோகிக்கலாம்.) தைக்கப்பட்ட காயத்தின் மீது, டிங்க்சர் அயோடின் தடவ வேண்டும்.

விடபக்கிழிசல்களின் மூன்றாவது வகையை பழுதுபார்க்கும் போது, மலக்குடலின் காயமடைந்த சுவரை, முதலில் தைக்க வேண்டும். சேதாரமடைந்த, குதச்சுருக்குதசைகளின் விளிம்புகளைக் கண்டுபிடித்து, தையவிட வேண்டும். பின்னர், இரண்டாவது வகை போன்றே தையல் போட வேண்டும்.

விடபக்கிழிசல்களின் போதான, அறுவைபின் பராமரிப்பில் போடப்பட்ட தையல்களை சுத்தமாக வைத்திருக்க வேண்டும். காயத்தை மூட, சுத்தமான வலைத்துணியைப் பயன்படுத்த வேண்டும். (3—4 மணி நேரங்களுக்கு ஒரு தடவை மாற்ற வேண்டும்.) சிலபோது, வலைத்துணியின்றியே, காயத்தைத் திறந்தே வைத்திருக்கலாம். பிரசவிப்பியைக் குளிப்பாட்டும் போது, காயங்களை சுத்தமான துணித்திண்டு கொண்டு உலர்த்த வேண்டும். மலஜலம் கழித்த பின்னர், புறப்பிறப்புறுப்புக்களை சுத்தம் செய்யும் போது, தையல்களையும் உலர்த்த வேண்டும்.

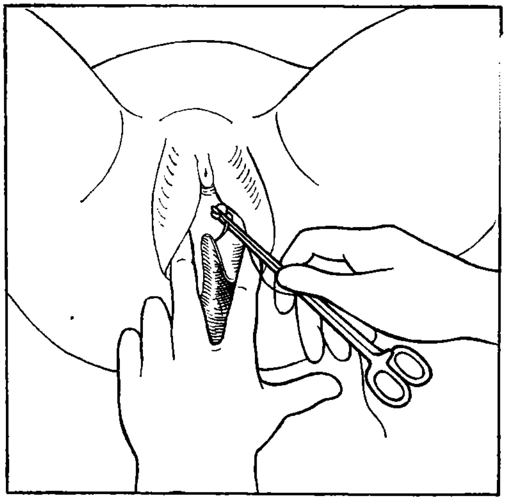
மூன்றாவது வகை கிழிசல்களில், தினமும் இரண்டு தடவையாக, ஆறு நாட்களுக்கு, 8—10 சொட்டுக்கள் டிங்க்சர் ஒபியம், பிரசவிப்பிக்குக் கொடுக்க வேண்டும். இதன் மூலம் வெளிக்குச் செல்லும் தடவைகளைக் குறைக்க முடியும். ஆறு நாட்களுக்குப் பிறகு, விளக்கெண்ணையைக் கொடுக்கலாம் அல்லது தாது எண்ணை இனிமா கொடுக்கப்படலாம்.

நோயாளிக்கு, எளிதில் செரிமானமாகும் உணவை—இனிப்பான தேயிலை, கஞ்சி—கொடுக்கலாம்.

5—6 நாட்களில் சில்க் தையலை அகற்றி விட வேண்டும். தையல்களை அகற்றிய பின்னர், மருத்துவமனையை விட்டுச் செல்ல அனுமதிக்கலாம்.

கந்து, மற்றும் அதன் உதடுகளின் கிழிசல்களில், குருதிப்பெருக்கு மிகையாக உண்டாகிறது. குழிவு அங்கத்தின் கிழிசல்களிலும், குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. எல்லாக் கிழிசல்களும் பழுது பார்க்கப்பட வேண்டும். கந்துப்பகுதி செப்பனிடப்படும் போது, சிறுநீர் புறவழியினுள் ஒரு உலோக உட்குழலைச் செலுத்த வேண்டும். இதன் மூலம், சிறுநீர் புறவழி பாதுகாக்கப்படுகிறது.

யோனியின் கிழிசல்கள்: யோனிச்சுவர்களின் விரிதவின் போதாமை; மழலியம், அறுவை முறை பிள்ளை பிறப்பு,



படம் 287. கிழிபட்ட யோனிச் சுவரைச் செப்பனிடல்

நீட்டிய உச்சித்தலையுடன் பிறப்பு, பெரிய சிசுத்தலை; ஆகியவை யோனிக் கிழிசலுக்குக் காரணங்களாக இருக்கின்றன. பொதுவாக, யோனியின் கீழ் 1/3 பகுதி தான் அதிகமாக கிழிபடுகிறது. (இங்கு, விடபமும் கிழிந்து படுகிறது.) உட்காட்டி கொண்டு பரிசோதனை செய்யும் போது தெரியும் யோனியின் கிழிசல்களை கேட்கட் கொண்டு தையவிட வேண்டும். இடதுகை கொண்டு யோனியின் சுவர்களைப் பிரித்த பின்னர், அதன் கீழ் 1/3 பகுதியை செப்பனிட வேண்டும். (படம் 287)

அல்குல் மற்றும் யோனியின் குருதிக்கட்டி

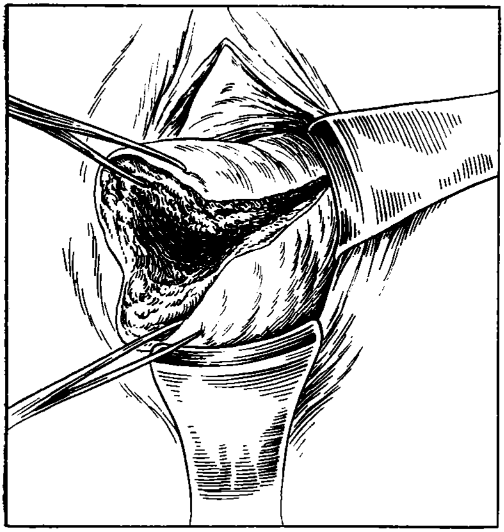
பிரசவத்தின் போதும், பிறப்பின் போதும், இரத்த நாளங்கள் கிழிந்து படுகின்றன. புறப்பிறப்புறுப்புக்கள் மற்றும் யோனி சிலேட்டும அடிப்பகுதி ஆகியவற்றின் சரும அடி இணைப்புத்திசுவில், இரத்தக் கசிவு ஏற்படுகிறது. சருமமும், இவ்விதம் உருவான சுருதிக்கட்டியின் மேலுள்ள சிலேட்டுமமும் சிவந்து நீல நிறமடைகின்றன. கட்டியில் மிகையான அளவில் இரத்த தேக்கம் அடைந்தால், திசுக்கள் சிதைவுற்று, வலியுடன் இருக்கின்றன.

சிறிய குருதிக்கட்டிகளுக்கான சிகிச்சை, பொறுத்திருந்து பார்ப்பதேயாகும். பாதிக்கப்பட்ட பகுதியின் மேல், ஒரு ஐஸ்கட்டிப்பை வைக்கப்படுகிறது. பின்னர் கவனத்துடன் வெப்ப சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். குருதிக்கட்டி விரைவில் பெரிதானால், சருமத்தைத் துளையிட வேண்டும்; குருதிக்கட்டியைக் காலி செய்ய வேண்டும். உடைபட்ட நாளங்கள் கட்டப்படுகின்றன. துளையிடப்பட்ட பகுதி, செப்பனிடப்படுகிறது.

கருப்பைக் கழுத்தின் முறிவு

பிரசவத்தின் போது, கருப்பைக் கழுத்து மறைகிறது; அதன் துவாரத்தின் விளிம்புகள், பெருமளவில் மெல்லியதாகின்றன. மேலெழுந்த வாரியான துவாரத்தின் கிழிசல்களால், குருதிப் பெருக்கு வெகுவாக ஏற்படுவதில்லை. பெரும்பாலும் கவனிக்கப்படாமலேயே போய் விடுகிறது.

கருப்பையின் கழுத்து, அசாதாரணமான பிரசவத்தின் போது, முறிந்து படலாம். முறிவைத் தொடர்ந்து, பெருமளவில் குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. வேண்டத்தகாத சிக்கல்களும் ஏற்படுகின்றன. கருப்பைக்கழுத்து ஒரு பக்கத்திலேயே, குறிப்பாக இடது பக்கமாக, கிழிந்து படுகிறது. (படம் 288) கிழிசல், யோனியின் வளைவு வரை செல்கிறது. அங்கிருந்து கருப்பைத் திசுக்களுக்குச் செல்கிறது. இந்தக் கிழிசலை மூன்று



படம் 288. கருப்பைக் கழுத்தின் முறிவு

வகையாகப் பிரிக்கலாம்: முதல் வகையில் 2 செ.மீ. நீளம் வரை கிழிசல் ஏற்படுகிறது; 2வது வகையில் கிழிசல் 20 செ.மீ-க்கும் அதிகமாக இருக்கிறது. ஆனால் யோனி வளைவுக்கு 1செ. மீ.-க்கு உள்ளேயே இருக்கிறது. மூன்றாவது வகையில், கிழிபட்ட பகுதி, யோனி வளைவையும் அடைந்து அதற்கு மேலேயும் (யோனியின் மேற்பகுதி வரை) செல்கிறது.

கருப்பைக்கழுத்தின் ஆழமான முறிவின் போது இரத்த நாளங்கள் சிதைவடைந்து, மிகையான குருதிப்பெருக்கு ஏற்ப்பட்டு, தாயின் உயிருக்கே ஆபத்தாக அமைகிறது. குருதிப்பெருக்கு பொதுவாக வெளிப்புறமாகவே இருக்கிறது. ஆழமான கிழிசலின் போது, கருப்பைத் திசுவைச் சுற்றி, இரத்தம் தேக்கமடைந்து குருதிக்கட்டி உண்டாகிறது.

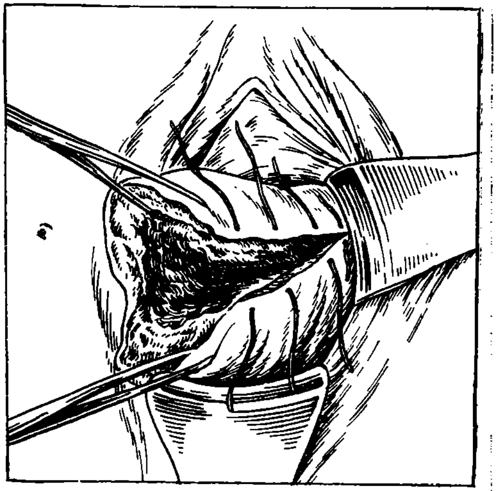
சிசுவெளிப்பட்ட பின்னர் தான், குருதிப்பெருக்கு தோன்றுகிறது. ஆனால், நச்சுக்கொடி வெளிப்படும் வரை, எங்கிருந்து இரத்தம் கசிகிறது என்பதை நிர்ணயிப்பது சிரமமாக இருக்கிறது. நச்சுக்கொடி வெளிப்பட்டவுடன், இரத்தக்கசிவு கிழிந்துபட்ட கருப்பைக்கழுத்திலிருந்தா அல்லது நச்சுக்கொடி கழன்ற இடத்திலிருந்தா என்பதை நிர்ணயிக்க முடிகிறது. சுருக்கமடைந்த திடமான கருப்பையிலிருந்து இடைவிடாது குருதிப் பெருக்கு இருந்தால் அது, கருப்பைக்கழுத்துக் கிழிசலிலிருந்து வெளிப்படுகிறது. திட்ட வட்டமாக நிர்ணயம் செய்ய, உள்காட்டி கொண்டு, கழுத்தை பரிசோதிக்க வேண்டும். கழுத்து துவார விளிம்புகளை இடுக்கி கொண்டு பிடித்துக் கொண்டு, படிப்படியாக பரிசோதிக்க வேண்டும்.

தானாக ஏற்படும் கிழிசல்களையும், அறுவையால் ஏற்படும் கிழிசல்களையும், பிரித்தறிய வேண்டும். குறிப்பாக ''வயதான'' தலைச்சூலிகளில் கருப்பைக் கழுத்தின் விறைப்புத்தன்மை கருப்பைக் கழுத்து விளிம்புகள் மிகையாக விரிவடைதல் (பெரிய சிசு, நீட்டிய உச்சித் தலை); திடீர் பிரசவம்; குறுகலான கூபகத்தில், கழுத்து நீண்ட நேரமாக அமுக்கப்பட்டிருத்தல், (இதனால் திசுக்களுக்குப் போஷாக்கு செல்வது தடைகிறது) ஆகிய நிலைகளில், தானாக வான கிழிசல் ஏற்படுகிறது.

அறுவை மூலமான பிறப்பின் போதும் முறிவுகள் ஏற்படலாம், (இடுக்கிப்பிறப்பு, பாத சுழற்சி, சிசுவை வெளிப்படுத்துல், வைச்சிதைக்கும் அறுவை முறைகள்). கருப்பைக் கழுத்தின் கிழிசல்கள், குருதிப்பெருக்கால் மட்டும் ஆபத்தை விளைவிப்பதில்லை. செப்பனிடப்படாத கிழிசல்கள் அல்லது முறிவுகள், கிருமிபாதிப்பால் சிக்கலடைகின்றன. திறந்த காயவெளியில் பிரசவ பின்கால புண் உண்டாகி, மேலும் சீழ்

பிடிப்பு நிலையடைகிறது. பழுதுபார்க்கப்படாத கிழிசல்கள் சீரடையும்போது, உண்டாகும் தளும்புத்திசு, கருப்பைக் கழுத்தின் வெளித்திருப்பத்துக்கு காரணமாக அமைகிறது. இந்த வெளித்திருப்பம் நாளடைவில், கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாயின் சிலேட்டுமத்தின் நாட்ப்பட்ட அழற்சிக்குக் காரணமாக அமைகிறது. இதனால் கருப்பைக்கழுத்தில் கீற்றுப்புண் உண்டாகிறது.

சிகிச்சை: கிழிந்துபட்ட அல்லது முறிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்தை உடனடியாக தையல் போட்டுச் சீர் செய்ய வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்தை நன்கு பரிசோதித்த பின்னர், நைவுகளைக் கண்டு பிடித்து தையல் போட வேண்டும். இடுக்கி கொண்டு, கருப்பைக் கழுத்தை, நுழைவாயில் நோக்கி இழுத்து ஒரு பக்கமாக (பாதிக்கப்பட்ட பக்கத்திற்கு எதிர்புறமாக) தள்ள வேண்டும். கிழிசலின் மேற்பகுதியிலிருந்து தையலைத் துவங்க வேண்டும். பின்னர் கருப்பைக்கழுத்துத் துவாரத்தின் விளிம்புகளுக்கு வர வேண்டும். தையலின் போது கருப்பைக் கழுத்தின் சிலேட்டுமத்தை விட்டுவிட வேண்டும். (படம் 289) கிழிசலின் மேல் விளிம்பைத் தெரிந்து கொள்ள சிரமமாக இருந்தால், முதல் தையலை கீழாகப் போட வேண்டும். தையலின் நுனிகளை கீழ் நோக்கி இழுக்க வேண்டும். இதன் மூலம் காயத்தின் மேல் விளிம்பு தெரிகிறது. எளிதில் அதன் மீது தையல் போட்டு விடலாம். கருப்பைக்கழுத்து முறிவுகளையும், கிழிசல்களையும் சரி செய்ய கேட்கட்டை உபயோகிக்க வேண்டும். தையல்களின் நுனிகளை வெட்டிவிட வேண்டும்.

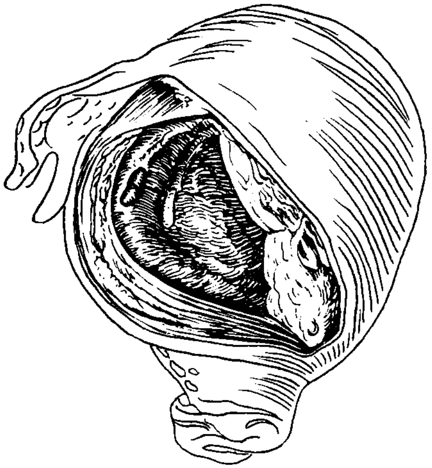


படம் 289. முறிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்தைப் பழுதுபார்த்தல்

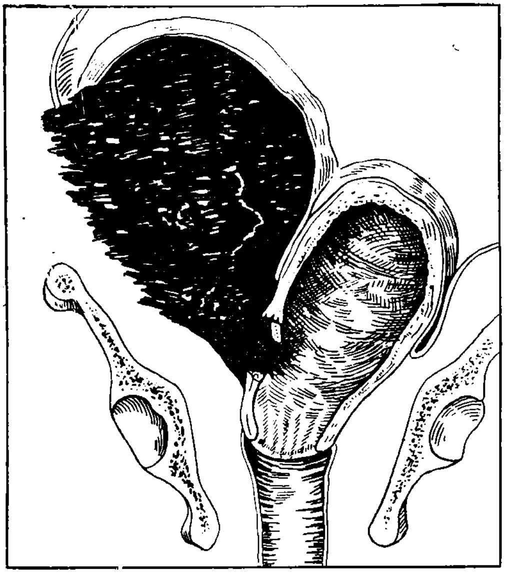
கருப்பையின் முறிவு

கருப்பைச் சுவர்களின் ஒழுங்கமைப் பாதிக்கப்பட்டால், அது, கருப்பையின் முறிவு எனப்படுகிறது. கருப்பையின் எல்லா அடுக்குகளும் (எண்டோமெட்ரியம், மையோமெட்ரியம், பெரிடோனியம்) முறிந்து பட்டால், அதை முழுமையான முறிவு என்கிறோம். (படம் 290) முழுமையாக முறிவடைந்த கருப்பையின் குழிவு, வயிற்றுக்குழிவினுள் திறக்கிறது. எண்டோமெட்ரியமும், மையோமெட்ரியமும் பாதிக்கப்பட்டால், அது அரைகுறை எனப்படுகிறது. (படம் 291) அரைகுறை முறிவை விட, முழுமையான (ஊடுருவிச் செல்லும்) முறிவு தான் அதிகமாக நிகழ்கிறது. (எண்டோமெட்ரியத்தை சிலேட்டும் உள் அடுக்கு என்றும், மையோமெட்ரியத்தை தசை அடுக்கு எனவும், பெரிடோனியத்தை வெளி உறை அடுக்கு எனவும் கூறலாம். மொ—ர்.)

ஓரளவு மெல்லியதான, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி, வழக்கமாக முறிவடைகிறது. ஆனால் மேற்பகுதியும் கூரையும் கூட கிழிந்து படலாம். கருப்பைக் கழுத்தும், யோனி வளைவுகளும் இணைந்துள்ள கோட்டின் வழியாக கிழிசல் தோன்றலாம்; இதனால், யோனி வளைவுகளிலிருந்து, கருப்பை, பிரிந்து விடுகிறது.



படம் 290. கருப்பையின் முழுமையான முறிவு



படம் 291. கருப்பையின் அரைகுறை முறிவு. பெரிடோனிய அடியில் குறுதிக் கட்டி தோன்றியுள்ளது.

கருப்பை, தானாகவும் முறியலாம்; காயம் பட்டும் முறியலாம்; வெளிப்புறக் காரணம் எதுவுமின்றி தானாகவே கிழிந்து படலாம், ஆனால் காயம் பட்டு முறிவதென்பது, தேவையில்லாத அறுவைத் தலையீட்டால், நேரலாம்.

பிரசவத்தின் மிகவும் ஆபத்தான சிக்கல்களில் ஒன்று, கருப்பையின் கிழிசலாகும். மகப்பேறு இயல் பற்றி நவீன கால கருத்துக்கள் இருந்த போதிலும், கருப்பை கிழிந்து படும் போது பெரும்பாலும், தாயின், கருப்பையுள் சேயின் உயிருக்கு ஆபத்து நேருகிறது. இரத்த இழப்பையும்,அதிர்ச்சியையும் பொறுத்த ஆபத்து அமைகிறது. கிழிந்துபடும் கருப்பைச் சுவருடன், சேதமடையும் இரத்த நாளங்களிலிருந்து குருதிப்பெருக்க ஏற்படுகிறது. சேதமடைந்த இரத்த நாளங்கள் மிகப்பெரியவையாக இருந்தால், குருதிப்பெருக்கும் மிகையாக இருக்கும். நச்சுக்கொடி பொதிந்துள்ள இடத்திலிருந்தும் குருதிப்பெருக்கு எற்படலாம். கருப்பை, கிழிந்து படும் போது, நச்சுக்கொடியும் பிரிகிறது. நச்சுக்கொடி பொதிந்துள்ள கருப்பைச் சுவரின் பக்கத்திலுள்ள இரத்த நாளங்களிலிருந்து குருதிப்பெருக்கு ஏற்படுகிறது. கருப்பைக் கிழிவதுடன் வெளிப்படும் குருதிப்பெருக்கு, மிகவும் அதிகமாகவே இருக்கும்.

கருப்பைக் கிழிசலைத் தொடர்ந்து—முழுமையான முறிவு—உண்டாகும் அதிர்ச்சியால், தீவிர சோகை இன்றும் மோசமடைகிறது. கிழிபட்ட கருப்பையின் (குறிப்பாக பெரிடோனிய உறை) நரம்பு இழைகளில் பலத்த உறுத்தலின்

பின்னணியில், அதிற்ச்சி உண்டாகிறது. கிழிபட்ட கருப்பையிலிருந்து சிசு வெளியேற்றப்பட்டு வயிற்றுக் குழிவினுள் தள்ளப்படுகிறது. அங்குள்ள மற்ற உள்ளுறுப்புக்களுடன் வினைபுரிந்து அதிர்ச்சியைத் துரிதப்படுத்துகிறது. நச்சுக்கொடி பிரிவதால், சிசு துரிதமாகவே மரணமடைகிறது.

பல்வேறு காரணங்களால், கருப்பை, கிழிபடலாம். சென்ற நூற்றாண்டில் (1875), பாண்டல் என்பவர் கருப்பைக் கிழிசலுக்கு, ஒரு யாந்திரீக கோட்பாட்டை உருவாக்கினார். அவரது கருத்துப்படி (இதைப் பல்வேறு மகப்பேறு இயலாளர்கள் ஏற்றுக் கொண்டனர்), உதயமாகும் பகுதிக்கும், பெண்ணின் கூபகத்திற்கும் இடையேயான முரண்பாட்டால், கிழிசல் உண்டாகிறது. இவையாவன:—குறுகலான கூபகம், தவறான தோற்றம் (புருவம், பின்புற முகத்தோற்றம்), அசாதாரணமான இணை நிலை இல்லாமை, பெரிய சிசு, நீர் தேக்க கபாலம், சிசுவின் குறுக்கு சாய்வு உதயங்கள்; இன்னபிற.

தடைபட்ட பிரசவத்தில், வலுவான கருப்பைச் சுருக்கங்கள் தோன்றுகின்றன. மிகவும் விரிவடைந்து மெல்லியதாக இருக்கும் கருப்பையின் மேற்பகுதி, மிகுந்த முனைப்புடன் சுருங்குகிறது. கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதிக்குள்,சிசு படிப்படியாகத் தள்ளப்படுகிறது. சுருக்க வளையம் (கருப்பையின் மேற்பகுதிக்கும், கீழ்ப்பகுதிக்கும் நடுவில் தோன்றுவது), தொப்பூழ் வரை உயருகிறது. (வளையம் சாய்வாக இருக்கலாம்.) சுருக்கங்கள் தொடர்ந்து இருந்து கொண்டிருக்கும் போது, கருப்பையின் கீழ்பகுதி மிகுவாக விரிவடைந்து, கிழிந்துபடுகிறது.

இந்த நூற்றாண்டில் துவக்கத்தில் (1911) யா.எஃப். வெர்போவ் மற்றுமொரு கோட்பாட்டை விவரித்தார். இதன்படி, முழுமையாக உள்ள கருப்பை எப்பொதுமே கிழிவதில்லை. மையோமெட்ரியத்தின் போதாமைக்கு பொறுப்பான, கருப்பைச் சுவரில் தோன்றும் அசாதாரண மாற்றங்களே, கிழிசலுக்குக் காரணமாக இருக்கிறது. கருப்பைக் கிழிசலுக்கு முன்னிணக்கமான மாற்றங்கள் வருமாறு: மந்தைய சிசேரிய அறுவையால் உண்டான வடுக்கள்; கருப்பையின் மீதான மற்ற அறுவைகள் (மையோமாக்கணுவை அகற்றுதல்), முந்தைய கருச்சிதைவுகளுடன் இணைந்த காயங்கள், கடந்த கால வரலாற்றில் நிகழ்ந்த நசிவு மற்றும் அழற்சி நிகழ்வுகள்; மழலியம்; மையோமெட்ரியத்தின் போதாமைக்குக் காரணமான, இனப்பெருக்க உறுப்புக்களின் அசாதாரணங்கள், இன்னபிற.

தற்போதைய கோட்பாடுகளின்படி, கருப்பைச்சுவரில் ஏற்படும் அசாதாரண மாற்றங்களாலும், யாந்திரீக அம்சங்களாலும் கருப்பை முறிவு ஏற்படலாம் எனத் தெரிகிறது. பல்வேறு கோளாறுகள் சேரும் போது, கருப்பை கிழிந்துபடலாம். (கருப்பைக் கோளாறுகளுடன் தடைப்பட்ட பிரசவமும் சேர்ந்து) பலமகவை ஈன்ற பெண்களில், பொதுவாக கருப்பை, கிழிந்து படுகிறது. இளம் தலைச்சூலிகளில் கருப்பை கிழிசல் அபூர்வமாகவே நடைபெறுகிறது.

பிரசவத்தின் வெளியேற்று கட்டத்தில் தான் கிழிசல் உண்டாகிறது. இங்கு தான், பிறப்புப்பாதை வழியாக சிசு வெளிப்பட தடைகள் உண்டாகின்றன. கருப்பைச் சுவரில் நோய்குரிய மாற்றங்கள் இருந்தால் (தளும்பு, அழற்சி மற்றும் நசிவு நிகழ்வுகள்), விரிவடை கட்டத்தில் அல்லது பிரசவத் துவக்கத்திலேயே, கருப்பை கிழிபடலாம். கர்ப்

பத்தின் போது கூட, கருப்பைக் கிழிந்து படுவது நிகழலாம். கருப்பைச் சுவரில் தோன்றும் நோய்க்குரிய மாற்றங்களால், அவை நிகழ்கின்றன.

அச்சுருத்தும் அல்லது தவிர்க்க முடியாத கிழிசலுக்கான அறிகுறிகளைத் தொடர்ந்து, கருப்பையின் கிழிசல் உண்டாகிறது. அச்சுருத்துப்படும் கிழிசலின் மருத்துவ வெளிப்பாடு, தடைபட்ட பிரசவத்தில் (குறுகலான கூபகம், சிசுவின் தவறான தோற்றம்) தெளிவாக இருக்கிறது. கருப்பைச் சுவரின் நோய் சார்ந்த மாற்றங்களில் (தளும்புத்திசு), வெளிப்பாடுகள், தெளிவாக இல்லை. சிசு வெளிப்படுவதற்கு உள்ள தடங்கல்களால் நிகழப்போகும், அச்சுறுத்தப்பட்ட கிழிசலின் மருத்துவ வெளிப்பாடு வருமாறு:—

1) பிரசவம் ஆவேசத்துடன் உள்ளது சுருக்கங்கள், வலிப்புடன் கூடியதாக உள்ளது.

2) கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி மிகவும் விரிவடைந்து, மெல்லியதாகி, தொடு வலியுடன் உள்ளது.

3) சுருக்க வளையம் உயர் மட்டத்தில் இருக்கிறது (தொப்பூழ் வரை). அதன் நிலை, சாய்வாகவே இருக்கிறது.

4) கருப்பையின் உருண்டைப் பந்தகங்கள் விறைப்புடனும், வலியுடனும் உள்ளன.

5) கருப்பைக் கழுத்துத்துவாரத்தின் விளிம்புகள், வீங்கியே இருக்கின்றன. (அமுக்கப்படுவதால்) யோனியும், விடபமும் வீக்கமடைகின்றன.

6) மூத்திரப்பையும், சிறுநீர் புற வழியும், எலும்பு கூபகத்திற்கும் சிசுத்தலைக்கும் இடையே நசுக்கப்படுவதால், ஒண்ணுக்குப் போவது சிரமமாக இருக்கிறது.

7) திசுக்களின் சேதாரத் துவக்கத்தைச் சுட்டிக் காட்ட, யோனி வெளிப்பாட்டில் இரத்தத்துளிகள் காணப்படுகின்றன.

8) பிரசவிப்பி களைத்தலடைகிறாள் நிம்மதியற்றுள்ளாள்; (கூக்குரலிடுகிறாள், படுக்கையில் நிலை கொள்ளாமல் இருக்கிறாள், வயிற்றைப் பிசைகிறாள்) கடுமையான வலி இருப்பதாகக் குறை கூறுகிறாள்.

கருப்பைச் சுவரின் மாற்றங்களால் ஏற்படப் போகும் கருப்பைக் கிழிசலின்இமருத்துவ வெளிப்பாடு மாறுபட்டுள்ளது. இங்கு, திடீர் பிரசவம் இல்லை, சுருக்கங்கள் அடிக்கடி நிகழ்கின்றன. வலியுடன் இருந்தாலும், வலுவுடன் இல்லை. கருப்பைக் கிழ்ப்பகுதியின் விரிந்த நிலையுடன் கூடிய வலி, மற்றும் வீங்கிய கருப்பைக் கழுத்து, யோனி, புறப்பிறப்புறுப்புக்கள், சீர்குலைந்த சிறுநீர் பிரிவு ஆகிய அறிகுறிகள் இருந்த போதிலும், யாந்திரீகக் காரணங்களால் உண்டாகும் கிழிசலைப் போன்று, தெளிவாக இல்லை.

உரிய மருத்துவ உதவி உரிய காலத்தில் கொடுக்கப்படாவிடிலி, கருப்பை கிழிந்துபடும்.

கிழிசலுக்கான அறிகுறிகள் வருமாறு

1) கிழிபடும் போது, பெண்ணுக்கு தீவிரமான, பயங்கரமான வயிற்றுவலி தோன்றுகிறது.

2) கிழிபட்டவுடன், கருப்பைச் சுருக்கங்கள் நின்று விடுகின்றன.

3) அதிகரித்துக் கொண்டேயிருக்கும் அதிர்ச்சியாலும், சோகையாலும், நோயாளியின் நிலை சீர்குலைகிறது. தோலும், வெளித் தெரியும் சிலேட்டுமங்களும் வெளிறி விடுகின்றன. முகம் அதிர்ச்சிதுடன் காணப்படுகிறது. நாடித் துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. பலவீனமாகவும் இருக்கிறது. இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது; குமட்டலும், வாந்தியும் காணப்படுகிறது.

4) கருப்பை முறிவடையும் போது, சிசுவின் ஒரு பகுதியோ அல்லது முழுமையுமோ, வயிற்றுக்குழிவினுள் தள்ளப்படுகிறது. சிசுவின் ஒவ்வொரு பகுதியும் தனித்தனியாக, வயிற்றுச் சுவர் வழியாக, தொட்டுப் பார்க்கப்படுகிறது. முன்னர் நிலை பெற்றிருந்த உதயமாகும் பகுதி, மேல் நோக்கி நகர்ந்து, அசையும் நிலையில் இருக்கிறது. சிசுவின் அருகே, சுருங்கிய கருப்பை காணப்படுகிறது. சிசுவின் இருதயத் தொனிகள் கேட்கப்படுவதில்லை.

5) வெளிப்புறமான குருதிப்பெருக்கு அவ்வளவு மிகையாக இல்லை. ஓரளவாகவே உள்ளது. வயிற்றுக்குழிவு, இரத்தத்தால் நிரம்புகிறது. (கருப்பையின் அரைகுறையான கிழிசலில், கூபக இணைப்புத்திசுவில் குருதிக்கட்டி உண்டாகிறது.)

கருப்பை சுவரின் நோய் சார்ந்த மாற்றங்களின் போது, கிழிசல் உண்டாகலாம். படிப்படியாக திசுக்கள் பிரிவதால் கிழிசல் உண்டாகலாம். ஆகவே தீவிரமான, திடீர்வலி உண்டாவதில்லை. கருப்பைச் சுருக்கங்கள் திடீரேன் நிற்பதில்லை, ஆனால் படிப்படியாக குறைந்து விடுகின்றன. கருப்பைக் கிழிசலின் மற்ற அறிகுறிகள் அனைத்தும் தெளிவாக இருக்கின்றன..

கருப்பைக் கிழிசலைத் தடுப்பதற்கான முன்காப்பு முறை, போதிய மருத்துவ உதவி கிடைக்கச் செய்வதே. இந்த அம்சத்தில், எல்லா கர்ப்பிணிகளையும் முழுமையாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும். கருப்பைக் கிழிசல் ஏற்படலாம் என சந்தேகப்படும் எல்லாப் பெண்களையும் சிறப்பாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். கருப்பைக் கிழிசலுக்கு முன்னிணக்கமான அம்சங்கள் வருமாறு:—குறுகலான கூபகம், சிசுவின் தவறான உதயம், நிறைமாதத்திற்கும் மேலான கர்ப்பம் (மிகப்பெரிய சிசு); தொய்வான வயிற்றுச்சுவர்; பலமகவை ஈன்ற பெண்களின் கருப்பையின் தொய்வு, பாதகமான, கடந்த கால, மகப்பேறு வரலாறு (முந்தைய அசாதாரண கர்ப்பம், சிக்கலான கருச்சிதைவுகள், பிரசவிபின், மற்றும் கருச்சிதைவுப் பின்னான அழற்சி நோய்கள்), முந்தைய சிசேரியன் அறுவை, கருப்பையின் மீதான மற்ற அறுவை சிகிச்சைகள்.

முன்னிணக்க அம்சங்கள் காணப்படும் எல்லாப்பெண்களும், பிரசவ தேதிக்கு 2—3 வாரங்கள் முன்னதாகவே, மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட வேண்டும். ஒரு டாக்டரின் முன்னிலையில் பிரசவம் நடத்தப்பட வேண்டும்.

பிரசவத்தின் போது, பிரசவிப்பியை நன்கு முழுமையாகக் கண்காணிக்க வேண்டும். அப்போது தான், அச்சுருத்தும் கிழிசலுக்கான அறிகுறிகளை கவனிக்கத் தவறமாட்டோம்.

கிழியப்போகும் அல்லது சிதைவடைந்த கருப்பைக்கான சிகிச்சை: கிழிசல் ஏற்படப் போவதற்கான அறிகுறிகள் தோன்றியதும், கருப்பையின் சுருக்கங்கள் நிறுத்தப்பட வேண்டும் அல்லது குறைக்கப்பட வேண்டும். வயிற்றுவழி கருப்பைத் திறப்புச் செய்யப்பட வேண்டும்.

கருப்பைச் சுருக்கங்களை நிறுத்தவோ அல்லது குறைக்கவோ, ஈதரை உள் மூச்சு வழியாகக் கொடுக்க வேண்டும்.

தனியாகப் பணிபுரியும் மகப்பேறு ஊழியர், நோயாளிக்கு மார்ஃபீன் கொடுக்க வேண்டும். (1.5 மி.லி. 1% கரையம்.) கருப்பை கிழிபடப் போகும் அறிகுறிகள் தோன்றியவுடன் டாக்டரை எச்சரிக்க வேண்டும். ஆழ்ந்த உணர்வகற்றப்பட்ட நிலையில், பெண் பிரசவிக்க வேண்டும். சிசு உயிருடன் இருந்

தால், நோய் தொற்று எதுவும் இல்லையெனில், சிசேரியன் அறுவை செய்யப்பட வேண்டும். மரித்த சிசுவைப் பிளந்து பாகம் பாகமாக வெளியேற்ற வேண்டும். சிசுவைச் சுழற்றுவதோ, இடுக்கியைப் பொறுத்துவதோ உகந்ததல்ல. மேற்கூறிய அறுவைகளைச் செய்தால் அல்லது செய்ய முயற்சித்தால், கட்டாயமாக, கருப்பையின் கிழிசலில் முடியும்.

ஏற்கனவே கருப்பை கிழிந்து விட்டால், உடனடியாக சிசேரியன் அறுவை செய்ய வேண்டும். வயிற்றுக்குழிவிலிருந்து, சிசு மற்றும் நச்சுக்கொடி, இரத்தம் ஆகியவற்றை அகற்றிவிட வேண்டும். கருப்பையை அகற்றிவிட வேண்டும். சில கேசுகளில் (இளம் பெண்களில், கருப்பை கிழிபட்டு சிறிது நேரமே ஆகியிருந்தால், நோய் தொற்று இல்லாத போது), கருப்பையை தைத்து விடலாம் ஆபரேஷனின் போதும், அதன் பின்னரும், குருதி இழப்பையும், அதிர்ச்சியையும் சரி செய்ய முயற்சிகள் எடுக்கப்பட வேண்டும். இரத்தம் உட்செலுத்துதல், உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்தை சரும அடி ஊசியாக உட்செலுத்துதல்; நோயாளியை வெப்பமாக வைத்திருத்தல், இருதயப்பணிக்கேற்ற மருந்துகள் அளித்தல் ஆகியவை கையாளப்பட வேண்டும்.

புரைகள்

நோய்க்குரிய பிரசவத்தில் சிறுநீர்-பிறப்புறுப்பு மற்றும் மலக்குடல்-யோனி புரைகள் தோன்றலாம். சிறுநீர்—பிறப்புறுப்புப் புரையில் அசாதாரணமான வழிகள் மூலம், சிறுநீர் பைக்கும் யோனிக்கும் தொடர்புண்டாகிறது; அல்லது சிறுநீர் புறவழிக்கும், யோனிக்கும் தொடர்பு ஏற்படுகிறது. அபூர்வமான கேசுகளில் மூத்திரப் பைக்கும் கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாய்க்கும் இடையே புரை உண்டாகிறது. இந்த அசாதாரண நிலைகளில், சிறுநீர் யோனி வழியாக வெளி வந்து, பிறப்புறுப்புப்பிளவு வழியாக வெளிப்படுகிறது. மலக்குடல்—யோனிப்புரையில், மலம், யோனி வழியாக வெளி வந்து விடுகிறது. பிரசவத்தின் சிக்கல்களில், புரைகள், பெண்களுக்கு பெருத்த அவதியை உண்டாக்குகின்றன.

கூபகச்சுவர்களுக்கும் உதயமாகும் பகுதிக்கும் இடையே (கூபகம் குறுகலாக இருந்தால், தவறான உதயங்கள், இணைநிலை இல்லாமை, அரக்க சிசு இன்னபிற). பிறப்புப் பாதையின் இளந்திசுக்களும், அருகிலுள்ள உறுப்புக்களும் நீண்ட நேரம் அமுக்கப்படுவதால், புரைகள் உண்டாகின்றன. இத்தகைய அமுக்கல், திசுக்களில் சகஜமான இரத்த ஓட்டத்தைத் தடை செய்து திசுச் சிதைவை உண்டாக்கி, அவற்றை வெளியேற்றி விடுகின்றன. சிதைக்கப்பட்ட திசு வெளியேற்றப்பட்டவுடன், யோனிக்கும் மலக்குடலுக்குமிடையே அல்லது யோனிக்கும் சிறுநீர்பைக்குமிடையே தொடர்பு ஏற்பட்டு, மலமோ, சிறுநீரோ, யோனியை அடைகிறது. குழந்தை பிறந்த 5வது அல்லது 7வது நாளில் இது நிகழ்கிறது.

அறுவை முறைகளின் போது (சிசுவைச் சிதைக்கும் முறைகள், இடுக்கிப் பிரசவம்) கையாளப்படும் அறுவைக் கருவிகளால், இனப்பெருக்க உறுப்புக்கள் மற்றும் அருகேயுள்ள உறுப்புக்கள் ஆகியவற்றின் இளந்திசுக்களுக்கு (சிறுநீர்பை, மலக்குடல்) சேதம் ஏற்பட்டு, புரை உண்டாகலாம். இத்தகைய கேசுகளில், பிரசவம் முடிந்த உடனேயே, புரைகள் தோன்றுகின்றன.

பிரசவத்தை ஒழுங்காக நடத்தினால்,

புரை உருவாவதைத்தடுக்க முடியும். கூப கத்தளங்கள் ஒன்றில் நீண்ட நேரம் சிசுவின் தலை தங்குவதை (பனி நீர் இழக்கப்பட்ட பின்), தவிர்க்க வேண்டும். தலை, நுழைவாயிலிலோ, கூபக நடுவிலோ, வெளி வாயிலிலோ, இரண்டு மணி நேரங்களுக்கு மேலாகத் தங்கி விட்டால், நிலையை நிர்ணயம் செய்ய யோனிப்பரிசோதனை செய்து, எந்த வழியாக சிசு வெளிப்படுவது நல்லது என்பதையும் தீர்மானிக்க வேண்டும். மூத்திரப்பையின் நிலையை, இடைவிடாது கண்காணிக்க வேண்டும். சிறுநீர் தேக்கம் ஏற்ப்பட்டால், கதீட்டர் கொண்டு மூத்திரத்தை அகற்றி விட வேண்டும். மிகக்குறைந்த அளவில் சிறுநீரில் இரத்தத்துளிகள் காணப்பட்டால் புரை ஏற்படும் வாய்ப்புகள் உண்டு; ஆகவே அறுவை முறை கொண்டு, பிரசவத்தை நிறைவு செய்ய வேண்டும்.

புரைகளை, அறுவை முறை கொண்டே சீர் செய்ய வேண்டும். சரியாகப் பராமரிக்கப்பட்டால், சிறிய புரைகள், தாமாகவே சீரடைந்து விடுகின்றன. புற பிறப்புறுப்புக்களை சுத்தமாக வைத்திருப்பது, வாசலைன் மற்றும் எண்ணை, ஸ்ட்ரெப்டோசைடு, சல்பிடின் குழம்பு போன்றவற்றை புற பிறப்புறுக்களின் மீதும், யோனி சிலேட்டுமத்தின் மீதும் தடவுதல் (உறுத்தலைத் தவிர்க்க), ஆகியவை சிகிச்சையில் அடங்கும்.

சிறுநீர்—பிறப்புறுப்பு புரை நிர்ணயம் செய்யப்பட்டால், நிரந்தரமாக ஒரு கதீட்டரை (உட்குழல்), சிறுநீர் புறவழியினுட் செருகி விடலாம். (கதீட்டரை முறைப்படி அகற்றி, கொதிநீர் கொண்டு தொற்றகற்ற வேண்டும்.) முன்காப்பு முறைகளாக, வாய் வழியாக, ஹெக்சாமெதிலீன் டெட்ராமைன் கொடுக்கப்பட வேண்டும். புரை முழுமையாக மூடப்படாவிடில், பிரசவத்தின் பின் 3—4 மாதங்களில் அறுவை முறை கையாளப்பட வேண்டும்.

கருப்பையின் தலை கீழ்நிலை

இங்கு, கருப்பையின் உட்புறம், வெளிப்புறமாகி விடுகிறது. சிலேட்டுமம் வெளி அடுக்காகிறது; சீர உறை, உள்ளுறையாக மாறுகிறது. (கையுறையின் விரல் போன்று, கருப்பை, தலை கீழ் நிலையடைகிறது.) (படம் 292) இது கீழ்க்கண்டவாறு நிகழ்கிறது. கருப்பையின் கூரை, முதலில் கருப்பைக் குழிவினுட் செல்கிறது. கருப்பைக்கூரை, கருப்பைக்கழுத்து துவாரத்தை அடைகிறது. இறுதியாக, கருப்பை, தலைகீழ் நிலையை அடைந்து யோனியில் புதிய நிலையை அடைகிறது. (பிறப்புறுப்புப் பிளவுக்கு வெளியே கூட இருக்கலாம்.)

கீழ்க்கண்ட சூழ்நிலைகளில், கருப்பை தலைகீழாக மாறுகிறது:—அ) கருப்பைக் கழுத்து துவாரம் திறந்துள்ளது. ஆ) கருப்பைச் சுவர்கள் தளர்ந்துள்ளது. (குறை விறைப்பு அல்லது விறைப்பற்ற நிலை.) இ) கருப்பை கீழ் நோக்கித் தள்ளப்படுதல். (நச்சுக்கொடி

படம் 292. கருப்பையின் தலைகீழ் நிலை

வெளிப்படும் போது அல்லது இழுக்கும் போது.) கருப்பையின் தலை கீழ் நிலை கீழ்க்கண்ட அம்சங்களால, ஊக்குவிக் ஊக்குவிக்கப்படுகிறது:—1) கருப்பைச்சு வரின் தளர்ந்த நிலை, கருப்பையின் கூரை யைபிசையாமலேயே கிரீடி—லசாரெ விச்சின் முறைப்படி நச்சுக்கொடியை வெளியேற்றுதல்; மேற்கூறிய இரண்டு அம்சங்களும்; 2) அகலமாகத் திறந்த கருப்பைக் கழுத்தும், கருப்பையின் போதிய சுருக்கங்கள் இல்லாத போது, தொப் பூழ்கொடியைப் பற்றி இழுக்கும் தவறான முறையும்.

பிரசவத்தின் பின், கருப்பை தலை கீழ் நிலையை அடையும் போது மிகத் தீவிர அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன: வயிற்றில் தீவிர கடுமையான வலி, அதிர்ச்சி, சருமமும் சிலேட்டுமமும் வெளிறி விடுகின்றன. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. இரத்த அழுத்தம் குறை கிறது. குமட்டல், வாந்தி, மயக்கம் உண்டாகின்றன. பிறப்புறுப்புப் பிளவு வழியாக, தலை கீழ் நிலையில் உள்ள கருப்பை, பிரகாசமான சிவப்பு நிறத்து டன், காணப்படுகிறது. சில போது, தலை கீழாகத்தொங்கும் கருப்பையு டன், பிரியாமல் ஒட்டியுள்ள நச்சுக்கொ டியும் காணப்படுகிறது. கீழ்வயிற்றில், பெய்குழல் வடிவ பள்ளம் தெரிகிறது. கருப்பை, தலை கீழ் நிலை அடைவது, பெண்ணின் மரணத்திற்கும் காரணமாக அமையலாம்.

சிகிச்சை: — உணர்வகற்றப்பட்டு ஆழ்ந்த நிலையில் இருக்கும் நோயா ளியின் கருப்பை, முறையான நிலைக்கு மாற்றப்பட வேண்டும். இந்த நிலைக் குக் கொண்டு வரப்படுவதற்கு முன்பு, நச்சுக்கொடி இருந்தால், அதை முத லில் அகற்ற வேண்டும். சுத்தமான வலைத்துணியின் பட்டைகள் கொண்டு, யோனியை அடைக்க வேண்டும். அதிர்ச் சியையும், நோய் தொற்றையும் அகற்ற ஆவன செய்ய வேண்டும்.

பூப்பிணைப்பு பிரிந்துபடல்

கர்ப்பத்தின் போது, இடுப்பு சந்திப் புகளும், பந்தகங்களும், சிரதிரவத்தின் செறிவால், நீர்மநிலை அடைகின்றன. இந்த நிலை, பூப்பிணைப்புக்கு மிகவும் பொருந்தும். சில கர்ப்பிணிகளில், இடுப்பு சந்திப்புக்களில், மிகையான திரவம் காணப்படுகின்றன. பிரசவத் தின் போது, சிசுத்தலை, கூபகத்தின் எலும்பு வளையத்தின் மீது பலமாக மோதினால், பூப்பிணைப்பு பிரிந்து படு கிறது. குறுகிய கூபகம், அரக்கசிசு, அறு வை முறை பிரசவம் ஆகிய நிலைகளில் மேற்கூறியது நிகழலாம். சிலபோது, பூப்பிணைப்பு பிரிந்துபடும் போது, குருதிப்பெருக்கு, சிறுநீர் புறவழி மற் றும் சிறுநீர்பை, மந்து ஆகியவற்றிற்கு காயங்கள், ஏற்படலாம்.

சிக்காலன பிரசவத்தின் போது (அறு வை சார்ந்த), திரிக இலியாக் மூட்டும் பாதிக்கப்படலாம். பூப்பிணைப்பு பிரிந்துபட்டால், பூப்பிணைப்புப் பகு தியில் வலி தோன்றுகிறது. இந்த வலி நடக்கும் போது அதிகமாகிறது. வயிற் றின் மேல் மடிக்கப்பட்ட கால்களை விரித்தால், வலி மிகையாகிறது. பூப் பெலும்பின் இடையில் ஒரு பள்ளம் காணப்படுகிறது. தேவையிருந்தால், எக்ஸ் கதிர் கொண்டு, நோய் நிர்ண யம் செய்யலாம்.

சிகிச்சை: படுக்கையில் ஓய்வும், கூப கத்திற்கு இறுக்கமான நுணிக்கட்டும் தேவைப்படுகிறது. 3—5 வாரங்களுக் ஓய்வு தேவைப்படுகிறது. சில பெண் களின் நடமாட்டம் (வாத்து நடை) பாதிக்கப்படுகிறது. சில நாட்களில் நடை, சீரடைகிறது.

பிரசவ பின்கால நோய்கள்

பிரசவபின் கால நோய் தொற்றுக்குக் காரணங்கள்

குழந்தை பிறக்கும் போதோ, பிரசவபின் காலத்திலோ, பெண்ணின் இனப்பெருக்கப் பாதையினுள் நோயூக்கும் நுண்கிருமிகள் நுழைவதால் பிரசவபின் கால நோய்தொற்று உண்டாகிறது. பிரசவபின் கால நோய்தொற்றுக்கு ஸ்டாபிலோகாக்கை, ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கை, அபூர்வமாக எண்டோகாக்கை, பெரும்பாலும் **கிளாஸ்ட்ரியம் பாக்டீரிய** போன்ற கிருமிகள் காரணமாக அமைகின்றன. (கிரேக்க மொழியில் காகக்ஸ் என்றால் வட்டமான பெர்ரிபோன்ற உலர்ந்த விதை எனப்பொருள். மேற்கூறிய கிருமிகளில் பல வட்டமாக அமைந்திருப்பதால், அவை காக்கை என அழைக்கப்படுகின்றன. மொ—ர்.) ஏதாவது ஒரு இனக்கிருமியால் நோய் தொற்று உண்டாகிறது. சிலபோது பலவகைக் கிருமிகளால் நோய் தொற்று உண்டாகிறது. (ஓரின பாதிப்பு, பல இன பாதிப்பு.)

நுண்கிருமிகள், மனித உடலில் (குறிப்பாக தோல், வெளித் தெரியும் சிலேட்டுமம்) நிரந்தரமாகக் காணப்படுகின்றன. தங்களது இனப்பெருக்கத்திற்கு வசதியான சூழ்நிலை ஏற்படட்டால் அன்றி, அவை நோயூக்குவதில்லை. திறந்த காயத்தின் வழியாக, நுண்கிருமிகள் உடலினுள் நுழைந்தால் தான் நோய் நிலை உண்டாகிறது. நச்சுக்கொடி பிரிந்த பின்னர் இருக்கும் கருப்பையின் பரப்பு, கீற்றுக்கிழிசல்கள், பிளவுகள், கருப்பைக்கழுத்தின் மீதான அரிப்புப்புண்கள், சகஜமான பிரசவத்தின் போது யோனியிலும், விடபத்திலும் உண்டாகும் காயங்கள் அகியவை, பிரசவபின் காலத்தின் போது, நோயூக்கும் நுண்கிருமிகளுக்கு நுழைவாயிலாக அமைகின்றன. பிரசவமும், சிசு பிறப்பும் அசாதாரணமாக இருந்தால் (குறிப்பாக அறுவைப் பிரசவம்), இனப்பெருக்க உறுப்புக்களுக்கு ஏற்படும் காயங்கள் கொடூரமாக இருக்கும். எனவே கீழ்தொற்றும் வாய்ப்பும் அதிகமாக இருக்கிறது.

நோய்க்காரணிகள் வெளியிலிருந்து (புறவழி பாதிப்பு) உள்நுழைந்து காயங்களைப் பாதிக்கலாம் அல்லது பிரசவத்திற்கு முன்கூட்டியே (அகவழி பாதிப்பு) பெண்ணைப் பாதிக்கலாம். புறவழிபாதிப்பு முறைகளாவன:—தொற்று நீக்கப்படாத கைகள்; இனப்பெருக்கப் பாதையுடன் தொடர்பு கொள்ளும் கருவிகள், லினன், மற்றும் பல பொருட்கள்; எச்சில் துகள் வழியாகப் பரவுவதும் மிகவும் ஆபத்தானதாகும். அகவழி பாதிப்பில், யோனி மற்றும் புறபிறப்புறுப்புக்கள் ஆகியவற்றிலிருந்து கிருமிகள் உள்நுழைகின்றன. அபூர்வ

மாக வேறு பல மார்க்கங்களிலிருந்தும் (உதாரணமாக உள்வாய்) கிருமிகள் உள்நுழைகின்றன.

காயமடைந்த திசுக்களில் உள்ளே நுண்கிருமிகள் நுழைந்த பின்னர், அவை எப்போதுமே சீழ்பிடிப்பை உண்டாக்க வேண்டும் என்றில்லை. நோயூக்கும் நுண்கிருமிகளின் போக்கு, உடலின் தடுப்பாற்றியல் தன்மையைப் பொறுத்து இருக்கிறது.

உடலின் எதிர்ப்பு சக்தி அதிகமாக இருந்தால், நோய் தொற்று உண்டாவதில்லை. அது போன்றே, உடலின் எதிர்ப்பு சக்தி குறைவாக இருந்தால், நுண்கிருமிகள் நோய் தொற்றை உண்டாக்குகின்றன. உடலின் எதிர்ப்பு சக்தி குறையக் குறைய, நோய்த் தொற்றும் அதிகரிக்கிறது.

நுண்கிருமிகளுக்கும் மனித உடலுக்கும் உள்ள தொடர்பைப் பொறுத்து, பிரசவ பின் கால நோய் உண்டாவது இருக்கிறது. பிரசவித்த பெண்ணின் உடல் நலத்தைப் பொறுத்து. தொற்றும் நோயும், அதன் தீவிரத்தன்மையும் அமைகிறது.

முன்கூட்டியேயான பனிநீரின் இழப்பு நீடித்த பிரசவம், பிரசவத்தின் போது குருதி இழப்பு, அறுவை முறையில் பிரசவம், இனப்பெருக்க உறுப்பின் இளந்திசுக்களின் கிழிசல்கள், காயங்கள், பொதுவான பலவீனம், நோய்களோடிணைந்த, குறைந்த தடுப்பாற்றியல் தன்மை, நச்சுவிளைவுகள், தவறான போஷாக்கு, ஆகியவை, பிரசவபின் கால நோய்த் தொற்றுக்கு முன்னிணக்க அம்சங்களாக அமைகின்றன.

நுண்கிருமிகள் நுழைந்த இடத்தில் தோன்றும் அழற்சி பிரதிவினையுடன் நோய்கள் துவங்குகின்றன. கருப்பையின் உட்பரப்பும், கருப்பைக்கழுத்து மற்றும் யோனி விடபம் ஆகியவற்றின் காயங்களும், கிழிசல்களும், பிரசவபின் கால நோய் தொற்றுக்கு முதல் குவியங்களாக அமைகின்றன. (பிரசவபின் கால எண்டோமெட்ரிய அழற்சி, பிரசவபின்காலப் புண்கள்.)

தடுப்பாற்றியல் பிரதிவினையும், சிகிச்சையும் போதுமானதாக இருந்தால், பாதிக்கப்பட்ட பரப்புகள் விரைவில் சீரடைந்து, நோய் தடுக்கப்படுகிறது. நுண்கிருமிகளின் வீரியத்தன்மை அதிகமாக இருந்து, உடலின் எதிர்ப்பு சக்தி குறைவாக இருந்தால், நோய், முதல் குவியத்தைத் தாண்டிப் பரவுகிறது. நுண்கிருமிகள், நிணநாளங்கள் வழியாகவும், (நிண நாள வழிபரவல்) இரத்த நாளங்கள் வழியாகவும், (இரத்தநாள வழிபரவல்) கருவகக் குழல்கள் வழியாகவும் (குழல்வழி பரவல்) நுண்கிருமிகள் பரவலாம். நுண்கிருமிகள், ஒரே சமயத்திலேயே நிணநாளங்கள் வழியாகவும், இரத்த நாளங்கள் வழியாகவும் பரவலாம்.

மையோமெட்ரியத்தின் ஆழ்ந்த திசுக்கள் மற்றும் கருப்பை சூழ்திசுக்கள், கூபக பெரிடோனியம், கருப்பையின் சிரைகள், கூபகம், தொடை எலும்பு ஆகியவற்றை, பரவுகின்ற நுண்கிருமிகள் பாதிக்கின்றன. தடுப்பாற்றியல் பிரதிவினை குறைவாக இருந்தால் (நுண்கிருமிகளின் வீரியத்தன்மை அதிகமாக இருந்தால்), நுண்கிருமிகள் உடல் பூராவும் பரவி பொதுப்படையான சீழ் தொற்றை உண்டாக்குகின்றன.

பிரசவபின்கால பாதிப்புகளின் வகைகள்

பிரசவபின் கால பாதிப்புகளை, எஸ் வி. சசனோவும், ஏ.வி. பார்டெல்சும் வகைப்படுத்தியுள்ளனர். ஒரே நோய் தொற்று நிகழ்வின், பல்வேறு வகைகளாக வகைப்படுத்தியுள்ளனர்.

முதல் நிலை: நோய் தொற்று, காயங்களைத் தாண்டிப்பரவுவதில்லை. (கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சி, கருப்பைக் கழுத்து மற்றும் யோனி, விடபம் ஆகியவற்றின் காயங்களும், கிழிசல்களும்.)

இரண்டாவது நிலை: நோய் தொற்று, முதல்நிலைக்குவியத்திற்கு அப்பால் பரவியபோதிலும், ஓரளவு வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. (கருப்பை அழற்சி, கருப்பை சிரை அழற்சியும் அடைப்பும், கருப்பையைச் சுற்றிய அழற்சி, கூபகசிரைகளின் அழற்சி, தொடைச் சிரையின் அழற்சி, கருவகக் குழல், சூலக அழற்சி, கூபக பெரிடோனிய அழற்சி.)

மூன்றாவது நிலை: பரவலான பெரிடோனிய அழற்சி, பரவுகின்ற சிரை அழற்சியும், அடைப்பும்.

நான்காவது நிலை: பொதுப்படையான நோய் தொற்று. (பொதுப்படையான சீழ்தொற்று, குருதியில் சீழ்பரவல், பரவலான சீழ் பரவிய நிலை.)

மேற்கூறிய சீழ்தொற்று நிலைகளில், மருத்துவ வெளிப்பாடுகள் வேறுபட்டு இருக்கும். நோயின் தீவிரத்தன்மையையும், நோய் முன்கணிப்பையும் பொறுத்து வியாதிகள் வேறுபடுகின்றன. சீழ்பிடிப்பு நோய்களில் பல வேறுபாடுகள் இருந்த போதிலும் கீழ்க்கண்ட பொதுப்படையான அம்சங்கள் காணப்படுகின்றன.

1) **காய்ச்சல்.** நோய் குறைவாக இருந்தால் (கருப்பை—எண்டோமெட்ரிய அழற்சி) காய்ச்சலும் குறைவாகவே இருக்கும். நோய் பாதிப்பு கொடூரமாக இருந்தால் (குருதியில் சீழ் நிலை) காய்ச்சலும் மிகையாக இருக்கிறது.

2) **மிகையான நாடித்துடிப்பு.** ஓரளவான கொடூரமான இடமமைந்த நோய்களில், நாடித்துடிப்பு அதிகமாவதுடன், காய்ச்சலும் உண்டாகிறது. பொதுப்படையான கீழ்ப்பிடிப்பு நிலையில், நாடித்துடிப்பிற்கும் (நிமிடத்திற்கு 100க்கு மேலாக), உடல் வெப்பத்திற்கும், ஒரு வேறுபாடு காணப்படுகிறது. மிகையான நாடித்துடிப்பிற்கும், உடல் வெப்பத்திற்கும் உள்ள சகஜமான விகிதம் இல்லாதது, கொடூரமான சீழ் தொற்றைச் சுட்டிக் காட்டுகிறது.

3) **காய்ச்சல்.** இங்கு காய்ச்சலுக்கு முன்னதாகக் குளிர் தோன்றுகிறது. அழுகிய அசுத்தமான இரத்த நிலையிலும்,சீழ் கொண்ட அழுகிய இரத்த நிலையிலும், இத்தகைய காயச்சல் தோன்றுகிறது. கடுமையான காய்ச்சலைத் தொடர்ந்து மிகையான வியர்வை சுரப்பும் தோன்றுகிறது. ஒரு நாளிலேயே காய்ச்சல் விட்டு விட்டு வரலாம். சில வியாதிகளில், குறைந்த அளவிலான குளிர் தோன்றுகிறது. அதுவும், நோய் சீரடைந்த உடன் நின்று விடுகிறது. மீண்டும் குளிர் தோன்றினால், மற்றுமொரு நோய்க்குவியம் உருவாகிறது எனக் கொள்ளலாம்.

அதிகமான உடல் வெப்பம், மிகையான நாடித்துடிப்பு, குளிர் ஆகியவை கொண்டு, மலேரிய எனத்தவறாக நோய் நிர்ணயம் நேரலாம். இன்புளுயென்சா, டைபஸ், மற்றும்பல நோய்களும் தவறாக நிர்ணயம் செய்யப்படலாம். இதனால் தவறான சிகிச்சையும் தரப்படுகிறது. மகப்பேறு இயலாளர், மேற்கூறிய அறிகுறிகள், பிரசவகால பின் சீழ் தொற்று நோய்களில் தோன்றும் என்பதைத் தெரிந்திருக்க வேண்டும். காய்ச்சல், மிகையான நாடித்துடிப்பு, குளிர் ஆகியவை இருந்தால், பிரசவித்த பெண்ணில் சீழ் தொற்று நோய் உண்டாகலாம் என எதிர்பார்க்க வேண்டும்.

4) கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சியும், பிரசவபின் கால புண்களும் இருக்கும் பிரசவித்த பெண்களில், நரம்பு

மண்டலத்தில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், அத்துணை அதிகமாக இல்லை. இங்கு ஓரளவான உடல் நலக் குறைவும், தலைவலியும் உண்டாகின்றன. தீவிரமான நிலைகளில் தலைவலியும், தூக்கிமின் மையோ அல்லது துயில்நிலையோ, உண்டாகலாம். பிதற்றலும் காணக்கூடும்.

5) சீழ்தொற்று நிலை அதிகரிக்கும் போது, கீழ்க்கண்ட மண்டலங்கள் பாதிக்கப்படுகின்றன:—இருதயம், இரத்த உற்பத்தி உறுப்புக்கள்; செரிமான மண்டலம்; மூச்சு மண்டலம். வளர்சிதை மாற்றும் சீர் குலைகிறது.

6) தீவிர கீழ் தொற்று நோய் கொண்ட பெண், எடை இழுக்கிறாள். சருமம் வெளிறி சாம்பல் நிறமடைகிறது. சில போது மஞ்சல் நிறுமும் தோன்றுகிறது. சருமத்தில் பொரிப்புகள் தோன்றுகின்றன.

7) சீழ் தொற்று நோய்களில் இரத்தத்தில் மாற்றங்கள்:—சிவப்பு அணுக்களின் எண்ணிக்கையும், ஹீமோகுளோபினின் அளவும் குறைகிறது. வெள்ளணுக்களின் எண்ணிக்கை அதிகரிக்கிறது. கொடூரமான நோய் நிலையில் வெள்ளணுக்கள் குறைகின்றன. சிவப்பு அணுபடியும் விகிதம் அதிகரிக்கிறது. நோயின் தீவிரம் அதிகரிக்கும் போது, இரத்தத்தின் மாற்றங்களும் அதிகரிக்கின்றன. பொதுப்படையான சீழ்தொற்று நோயில் நோயாளிகளின் இரத்தத்தில் நூண்கிருமிகள் காணப்படுகின்றன. இந்த நிலையில், ஊட்ட ஊடகத்தில் நோயாளியின் இரத்தத்தைச் செலுத்தி, நுண்கிருமிகளின் முழு விபரங்களைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். முழங்கை முன்பள்ள சிரையிலிருந்து இரத்தத்தை, மிகச் சுத்தமான முறையில் எடுத்து, ஊட்ட ஊடகம் கொண்ட சோதனைக் குழாயினுள் 5—7 மி.லி. இரத்தத்தைச் செலுத்த வேண்டும். நோயாளிக்கு குளிர் தோன்றும் போது இரத்தத்தை, பரிசோதனைக்கு, எடுப்பது நல்லது. இரத்தம் ஆய்வகத்திற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

முதல்கட்ட சீழ்நிலை

பிரசவபின் காலப்புண்கள்

விடபம் மற்றும் யோனிச்சுவர், கருப்பைக்கழுத்து, ஆகியவற்றின் கிழிசல்களிலும், பிளவுகளிலும் காணப்படும் காயங்களே, பிரசவபின்காலப்புண்களாகும். காயப்பரப்பின் மீது கீழ்படிந்து இருக்கிறது. அருகேயுள்ள திசுக்கள், சிவந்தும், வீங்கியும் காணப்படுகின்றன. பிரசவத்தின் பின் 3வது, 4வது நாளில் இந்த நோய் தோன்றுகிறது. காய்ச்சல் உண்டாகிறது. நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. சோர்வு உண்டாகிறது. குறைந்த அளவு தலைவலி இருக்கிறது. புறப்பிறப்புறுப்புக்களில் எரிச்சல் காணபடுவதாக நோயாளி, குறை கூறுகிறாள். 4—5 நாட்களில் காய்ச்சல் குறைகிறது. நோயாளியின் நிலை முன்னேறுகிறது. காயத்திலிருந்து சீழ்ப்படலங்கள் மறைகின்றன. படிப்படியாக காயம் சீரடைகிறது. பாதகமான சூழ்நிலைகளின் போது, புண்ணிலிருந்து நுண்கிருமிகள், சுற்றியுள்ள திசுக்களின் ஆழமான பகுதிகளுக்குச் சென்று, நோய் தொற்று பரவுகிறது.

சிகிச்சை: தகுந்த பராமரிப்புடன் படுக்கையில் ஓய்வு. சிந்தோமைசீன் குழம்பில் தோய்க்கப்பட்ட வலைத்துணியை, விடபத்தின் மேல் பரப்பலாம். சுய இரத்த சிகிச்சையும் பலனளிக்கிறது. நோய் தொற்றின் துவக்க நாட்களில் பனிக்கட்டிப் பையை, விடபத்

தின் மீது வைக்கலாம். சல்பா மாத்திரைகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. (0.5—1கி. 4மணி நேர இடைவெளியில் தினமும் 5—6 தடவைகள்.) பெனிசிலினையும், ஸ்ட்ரேப்டோமைசினையும் சேர்த்தே கொடுக்கலாம்.

கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சி:—

கருப்பை உட்பரப்பின் அழற்சியே, பிரசவபின்கால கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சி எனப்படுகிறது. (எண்டோமெட்ரியத்தின் அடித்தள அடுக்கு, உதிர்படலத்தின் எஞ்சியவைகள், அருகேயுள்ள தசை இழைகள்.) நோயின் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள், பிரசவபின் காலத்தின் 3வது 4வது நாளில், தோன்றுகின்றன. உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. நாடித்துடிப்பும் அதிகரிக்கிறது. பசி குறைகிறது. தூக்கம் சீர் குலைகிறது. நோயின் துவக்கத்தில் குளிர் தோன்றுகிறது.

கருப்பையைத் தொட்டால் வலி உண்டாகிறது. சகஜமாக உட்சுருளடைய, கருப்பை தவறுகிறது. (குறைந்த உட்சுருளவு.) லோகியா (பிரசவத்தீட்டு) கலங்கலாக இருக்கிறது. கீழில் இரத்தத் துளிகள் காணப்படுகின்றன. வாசனை, துர்நாற்றமாக இருக்கிறது.

லோகியா, சில போது, கருப்பையினுள் தேக்கமடைகிறது: (கருப்பையில் லோகியா). (லோகியா என்றால் கிரேக்க மொழியில் குழந்தை பிறப்பு எனப்படுகிறது. சிசு பிறந்த பின்னரோ, கருச்சிதைவின் பின்னரோ, கருப்பையிலிருந்து வெளிப்படும் திரவம் லோகியா எனப்படுகிறது. இதில் இரத்தம், களி, வெள்ளணுக்கள், ஃபைபப்பின், சிதைந்த திசு ஆகியவை காணப்படுகின்றன. மொ—ர்.) ஏனெனில் கருப்பை மடங்கி இருக்கிறது; அல்லது கருப்பைக்கழுத்து உட் கால்வாய், குருதி உறை கட்டியாலோ, உதிர்படல எச்சங்களாலோ மூடப்பட்டுள்ளது.

கருப்பையில் லோகியா நிலையில், நோயாளியின் உடல் நலம் குன்றி, காய்ச்சலும் உண்டாகிறது. பிரசவ வலி போன்று, பெண் நோயாளிக்கு, கீழ்வயிற்றில் வலி உண்டாகிறது.

மிகக்குறைந்த காய்ச்சலுடன், கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சி மிகக்குறைவாக இருக்கலாம். சூழ்நிலைகள் பாதகமாக இருந்தால், கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சியிலிருந்து நோய் மேலும் பரவுகிறது.

சிகிச்சை: படுக்கையில் ஓய்வு, கீழ் வயிற்றின் மேல் பனிக்கட்டி கொண்டபை, சுய குருதி சிகிச்சை; சிரை வழியாக கால்சியம் குளோரைடு (10மி. லி. 10% கரையம், இரண்டு நாட்களுக்கு ஒரு தடவை) அல்லது வாய் வழியாக (10% கரையம் 1 மேசைக் கரண்டி தினமும் 3—4 தடவைகள்); சல்பா மருந்துகள் (0.5—1கி. 4 மணி நேர இடைவெளியில் தினமும் 5—6 தடவைகள்); பெனிசிலின் (50,000—100,000 யூனிட்டுகள் 3—4 மணி நேர இடைவெளியில்.)

பிரசவபின்கால, எண்டோமெட்ரிய அழற்சிக்கு, வெட்டை நோய் காரணமாக இருக்கலாம். பிரசவத்தின் பின்னர், வெட்டைக் கிருமிகள் (கொனோரியா) கருப்பையினுள் நுழைந்து, கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சியை உண்டாக்குகிறது. நோய் மேலும் பரவி கருவகக் குழல்கள் மற்றும் சூலகங்கள், கூபகபெரிடோனியம் அகியவற்றின் அழற்சியை உண்டாக்குகிறது.

வெட்டையின் கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சி, பிரசவபின் காலத்தின் 6—8வது நாட்களில், உண்டாகிறது. அதன் அறிகுறிகள் வருமாறு:—

காய்ச்சல், கருப்பையின் குறைந்த உட்சுருள்வு, வலி, யோனியிலிருந்து சீழ்கலந்த அல்லது சளியும் சீழும் கலந்த வெளிப்பாடு. உருப்பெருக்கியின் உதவியால் நோய் நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. பெனிசிலினும் (50,000—1000,000 யூனிட்டுகள் 3—4 மணி இடைவெளியில்), சல்பா மருந்துகளும் கொண்டு, வெட்டையின் கருப்பை-எண்டோமெட்ரிய அழற்சியை வெற்றிகரமாகத் தீர்க்கலாம்.

வெட்டை நோயாளிகளைப் பராமரிக்கும் போது, மற்ற கர்ப்பிணிகளுக்கும், குழந்தைகளுக்கும் நோய் பரவிவிடாதபடி பாதுகாக்க வேண்டும். வெட்டை நோயாளிக்கு இறுதியில் தான் சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும். தனக்கெனத் தனியாக படுக்கை மலக்கலத்தைப் பயன்படுத்த வேண்டும். குழந்தைக்குப் பாலூட்டும் முன்னர் கைகளை, நன்கு கழுவ வேண்டும்.

இரண்டாவது கட்ட சீழ்நிலை

கருப்பை அழற்சி:—கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சியை போன்று இல்லாமல், மையோமெட்ரியத்தின் ஆழ்ந்த அடுக்குகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. பாதிக்கப்பட்ட எண்டோமெட்ரியத்திலிருந்து, இரத்த, நிண நாளங்கள் வழியாக நுண்கிருமிகள் உள்ளே நுழைகின்றன.

பிரசவபின் காலத்தின் 4வது அல்லது 7வது நாளில் இந்த நோய் துவங்கி, 3—4 வாரங்கள் நீடிக்கிறது. நோயின் துவக்கத்தில் உண்டாகும் குளிரைத் தொடர்ந்து 39—40° செ.வரை) (102—104° பா), காய்ச்சல் உண்டாகிறது. பின்னர் குறைந்த அளவிலான காய்ச்சல் தொடருகிறது. நோயாளியின் பொது உடல் நிலை பாதிக்கப்படுகிறது பசியும் தூக்கமும் சீர்குலைகிறது. நோயாளிக்கு தலைவலி உண்டாகிறது. கருப்பையின் உட்சுருள்வு தடைபடுகிறது. கருப்பையைத் தொட்டால், குறிப்பாக அதன் பக்கங்களில், (இரத்த நாளங்கள் இருக்குமிடங்களில்) வலி உண்டாகிறது. பிரசவத் தீட்டு (லோகியா), சீரமும், சீழும் கலந்து இருக்கும்.

கருப்பை சுற்றழற்சி

இங்கு, கருப்பையைச் சுற்றியுள்ள திசுக்களின் அழற்சி காணப்படுகிறது. கருப்பைக்கழுத்திலும், யோனியிலும் காணப்படும் கிழிசல்கள் வழியாக, நோய் தோற்று பரவுகிறது. இந்த நிகழ்வு, ஒரு பக்கமாகவே காணப்படுகிறது. அபூர்வமாக இரண்டு பக்கங்களிலும் காணப்படுகிறது. பாதகமான சூழ்நிலைகளில், அழற்சி சிறிய கூபகத்தைச் சுற்றியுள்ள எல்லா இணைப்புத்திசுக்களுக்கும் பரவுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட இணைப்புத் திசுக்களில், முதலில் சீர திரவம் உண்டாகிறது. பின்னர் ஃபைப்ரின் தேக்கமடைகிறது, திரவம் கடினமடைகிறது, பின்னர் மறைந்து விடுகிறது அல்லது சீழ்நிலை கொண்டதாகிறது.

பிரசவ பின் காலத்தின் 10வது 12வது நாளில்கருப்பை சுற்றழற்சி தோன்றுகிறது. முதல் அறிகுறிகள், குளிரும், காய்ச்சலுமே (39—40 செ.); நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. கீழ்வயிற்று வலி உண்டாகிறது; அழற்சி, மூத்திரப்பைக்கும், மலக்குடலுக்கும் பரவும் பே இந்த உறுப்புக்களின் பணி சீர்குலைகிறது. (அடிக்கடி சிறுநீர் பிரிதல், வலியுடன் கூடிய சிறுநீர் மற்றும் மலப்பிரிவு, மலச்சிக்கல்.) யோனிப் பரிசோதனையின் போது. கருப்பையின் பக்கத்தில், ஒரு ஊடுருவலைத் தொட்டுத் தெரிய

முடிகிறது. இந்த ஊடுருவல் முதலில் மிருதுவாக இருந்தால், பின்னர் கடின மடைகிறது. இது, கூபகப்பக்க சுவரை அடைந்து, கருப்பையை எதிர்ப்புறமாகத் தள்ளுகிறது.

கருப்பைச் சுற்றழற்சியின் மருத்துவ வெளிப்பாடு, பலவகையினதாக இருக்கிறது. உடல் வெப்பம், பொதுவாக படிப்படியாக குறைந்து, ஊடுருவல் மறைந்து விடுகிறது. குளிருடனும் காய்ச்சலுடனும் கூடிய நிலை உண்டாகி, நோயாளி மோசமடையும் நிலை, அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது. சீழ்கட்டி, அறுவை முறைப்படி திறக்கப்படாவிடில், தானாகவே உடைந்து விடுகிறது (யோனியினுள்ளோ, கவட்டுப்பந்தத்தின் மேலேயோ கீழேயோ, சிறுநீர் பையினுள்ளோ).

கருவகக்குழல் சூலக அழற்சி(அண்ணுறுப்பு அழற்சி).

கருப்பையின் அண்மை உறுப்புக்களின், பிரசவ பின்கால அழற்சி, சீழ் தொற்றுடனோ அல்லது வெட்டை நோயுடனோ இணைந்துள்ளது. பிரசவ பின்கால 10வது 14 வது நாளில் இந்த நோய் துவங்குகிறது. அறிகுறிகள் வருமாறு:—மிகையான உடல் வெப்பம், பொது உடல் நலமும், பசியும் பாதிக்கப்படுதல்; வலுவான கீழ்வயிற்று வலி; சிறுநீர் பிரிவு சீர்குலைவு, வலியுடன் வெளிக்குப் போதல், மலச்சிக்கல், நோயின் துவக்க நாட்களில், வயிறு இறுக்கமாக இருக்கிறது; தொடு வலியுடன் இருக்கிறது. ஷ்செட்கின்—பிளம்பர்க் அறிகுறி பாசிடிவாக இருக்கிறது.

இருகை கொண்ட பரிசோதனையின் போது, அண்ணுப்புக்கள் வலியுடன் இருக்கின்றன. அண்ணுறுப்புக்களுக்கும், அருகேயுள்ள உறுப்புக்களுக்குமிடையே இணைப்புகள் தோன்றுவதால், அண்ணுறுப்புக்களின் அசைவு தடைபடுகிறது. நோயின் போக்கு மாறுபடுகிறது. நோயாளி துரிதமாக சீரடையலாம்; அல்லது நாட்ப்பட்ட நிலையடையலாம். கருவகக் குழல்களிலும், சூலகங்களிலும் சீழ்க்கட்டிகள் உருவாகலாம்.

கூபக பெரிடோனிய அழற்சி

இது தான், கூபக பெரிடோனியத்தின் அழற்சியாகும். சீழ்தொற்று அல்லது வெட்டை நோயால், பிரசவபின்கால கூபக பெரிடோனிய அழற்சி தோன்றுகிறது. கூபகப்பெரிடோனியத்தின் அழற்சியால், சீரநார்ப்பொருள் திரவம் உண்டாகிறது. பின்னர், அது, சீழ்நிலையடைகிறது. எக்சுடேட்டின் (வெளிக்கசிவின்) நார்ப்பொருட் தன்மை, சிறிய கூபகத்தின் உறுப்புக்கள் மற்றும் உடல் ஓமண்டம் (உறுப்பிணைப்பி) ஆகியவற்றினிடையே இணைப்புகள் உருவாவதை ஊக்குவிக்கிறது. இதனால் ஒரு பல பொருள் திரள் உருவாவதால், தனித் தனியாக உறுப்புக்களை (கருப்பை மற்ற உறுப்புக்கள்) பிரித்துத் தெரிவது சிரமமாகிறது.

பிரசவபின்கால 15வது அல்லது 25 வது நாளில் இந்த வியாதி துவங்குகிறது. துவக்கத்தில், குளிரும், மிகையான காய்ச்சலும் (39—40° செ.), கீழ்வயிற்றில் குத்து வலியும் உண்டாகிறது. நோயின் துவக்க நாட்களில், குமட்டல், வாந்தி, தண்மையடைந்த வயிற்றுத்தசைகள், ஷ்செட்கின்—பிளம்பர்க் அறிகுறி பாசிடின், ஆகியவை காணப்படுகின்றன. போது உடல் நலமும், தூக்கமும் பாழ்படுகிறது; நாடித்துடிப்பு அதிகரிக்கிறது. நாக்கு வறண்டு, படலம் படர்ந்துள்ளது.

உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், இந்த வெளிப்பாடுகள் மட்டுப்படுகின்றன. சிறிய கூபகத்தில் ஊடுருவல் இடமமைந்து, படிப்படியாக மறைகிறது. சிறிய கூபகத்தின் உறுப்புக்களிடையே காணப்படும் இணைப்புகள், நோயாளி சீரடைந்த பின்னரும், நிலைத்து நிற்கின்றன. வெளிக்கசிவு, கூபகபெரிடோனிய அழற்சியில், சீழ்நிலையடைகிறது. கீழ்க்கட்டி, அறுவை மூலம் திறக்கப்படாவிடில், அது தானாகவே உடைந்து விடும்; (யோனி, மற்றும் மூத்திரப்பைக்குள்). அழற்சி நிகழ்வு முதல் நிலைக் குவியத்தையும் தாண்டி பரவி, பரவலான பெரிடோனிய அழற்சிக்கு, வழி வகுக்கிறது.

கருப்பை அழற்சி மற்றும் கருப்பை சுற்றழற்சி, கருவகக்குழல் சூலக அழற்சி, கூபக பெரிடோனிய அழற்சி ஆகியவற்றிற்கான சிகிச்சை:

1) படுக்கையில் ஓய்வு, அழற்சிக்கு குவியத்தை இடமமையச் செய்து, அதை அகற்ற வழி வடுக்கிறது. கூபக பெரிடோனிய அழற்சியுள்ள நோயாளியின் உடலின் மேற்பகுதி உயர்ந்த மட்டத்தில் (படுக்கையின் தலைப்பகுதியை உயர்த்தி) இருக்க வேண்டும். அவசியமிருந்தால் தான் யோனிப்பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும். உளஞ் சார்ந்த ஓய்வும் தேவை.

2) போதிய போஷாக்குடன் (சுவையான, எளிதில் செரிமானமடையக்கூடிய உணவு, வைட்டமீன்கள்) முழுமையான பராமரிப்பு மிகவும் முக்கியமாகும். (சருமத்தைப் பாதுகாத்தல், வினனைச் சுத்தப்படுத்துதல், அறைக்குக் காற்றோட்டம்.) பொதுவாக, சீழ் தொற்று நோயாளிக்களுக்கான நியதிகள் கையாளப்பட வேண்டும்.

3) நோயின் தீவிர நிலையின் போது, நோயாளியின் கீழ்வயிற்றின் மீது, பனிக்கட்டிப்பையை வைக்க வேண்டும். வலி நீக்கு உள் வைப்புக்குளிகைகள், வைக்கப்பட வேண்டும்.

4) அழற்சி எதிர் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. கால்சியம் குளோரைடு சிரை வழியாக (10 மி.லி. 10% கரையம் 1—2 நாட்கள் இடைவெளியுடன்); வாய்வழியாக (10% கரையம் ஒரு மேசைக்கரண்டி தினமும் 3—4 தடவைகள்); அமிடோபைரீன் (ஒரு மேசைகரண்டி 2% கரையம் தினமும் 3—4 தடவைகள்).

5) பெனிசிலினுடன் ஸ்ட்ரெப்டோமைசீனும் மற்ற எதிர் உயிர் மருந்துகளும் கொடுக்கப்பட வேண்டும். பெனிசிலினை, புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடுடன் கலந்து, ஊசி மருந்தாக கொடுக்க வேண்டும். (0.25—0.5% கரையம்.) மருத்துவ வெளிப்பாட்டையும், நோய்க்காரணியின் பிரதிவினையையும் பொறுத்து, மருந்தின் அலகு அமைகிறது. தினமும் 600,000—800,000 யூனிட்டுகள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். சல்ஃபா மருந்துகளும் நல்ல பலனளிக்கின்றன. முதல் இரண்டு நாட்கள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். 4 மணி நேர இடைவெளியில் 1 கிராம். அடுத்த 2—4 நாட்களுக்கு 0.5 கி; 4—6 மணி இடைவெளிகளில்.

6) சிரை வழியாக குளுகோஸ் கொடுக்கப்படுகிறது. சுய இரத்த சிகிச்சை அல்லது மீண்டும் மீண்டுமான இரத்தம் உட்செலுத்துதல், பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

7) கருப்பையைச் சுற்றிய திசுக்களில் அல்லது கூபக பெரிடோனியத்தில், ஊடுறுவல் கீழ்நிலை அடைந்தால், அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. யோனியின் பின்புற வளைவு வழியாகவோ (கால்போடமி) அல்லது வயிற்றுச் சுவர் வழியாகவோ (கருப்பைச் சுற்ற

ழற்சியில்), சீழ்கட்டியை துளையிட்டு சீழை அகற்ற வேண்டும். (கால்போ என்றால் கிரேக்க மொழியில் யோனி எனப்பொருள். கால்போடமி என்றால் யோனியைத்துளையிடல் என்று பொருள். மொ—ர்.)

உறை கட்டி சிரை அழற்சி

பிரசவபின் கால உறைகட்டி சிரை அழற்சியில் சிரையின் சுவர் அழற்சி அடைந்து, அதனால் உருவாகும் உறை கட்டி, சிரையின் துவாரத்தை அடைத்து, இரத்த ஓட்டத்தைத் தடை செய்கிறது. கருப்பை மற்றும் கூபகம் தொடை ஆகியவற்றின் சிரைகளின் உறைகட்டிஅழற்சி உண்டாகிறது. கருப்பை எண்டோமெட்ரிய அழற்சியிலிருந்து கருப்பைச் சிரைகளின் உறைகட்டி அழற்சி உண்டாகிறது. பொதுவாக இதன் அறிகுறிகள், கருப்பை அழற்சியைப் போன்றே இருக்கும். கருப்பையின் உட்சுருள்வு தடைபடுகிறது. இரத்தம் கலந்த வெளிப்பாடு நாட்பட்டு நீடிக்கிறது; சாதகமில்லாத கேசுகளில். மேற்கூறிய நிகழ்வு, கூபக சிரைகள் வரை பரவுகிறது. யோனிப் பரிசோதனையின் போது நெளிந்த, வலி கொண்ட நீள்திட்டுகளை தொட்டுணர முடியும். இந்த நிகழ்வு மற்றும் போது, இலியாக் சிரைகளும் அடைக்கப்பட்டு, தொடைச் சிரைகளும் அடைக்கப்படுகின்றன. கொடூரமான பிரசவபின்கால வியாதியான, தொடைச் சிரைகளின் உறை கட்டி சிரை அழற்சி உருவாகிறது.

தொடைச் சிரைகளின் நாள அடைப்பு, பிரசவபின் கால 2வது 3வது வாரத்தில், மருத்துவரீதியாக, வெளிப்பாடடைகிறது. நோயின் துவக்கத்தில், குளிர் உண்டாகி, உடல் வெப்பமும், நாடித் துடிப்பும் அதிகரித்து, நோயாளியின் காலில் வலி தோன்றுகிறது. தலைவலி, மற்றும் உறக்கமின்மை, போன்ற பல கோளாறுகள் தோன்றுவது அபூர்வ மல்ல.

தொடைச் சிரையின் உறைகட்டி அழற்சியின் தல வெளிப்பாடுகள் வருமாறு: கவட்டைப்பகுதி பள்ள மறைவு; சிரையின் மேல் ஊடுருவலும், வலியும்; (கவட்டைப் பந்தகத்தின் கீழே, தொடையின் முன்புற நடுப்புறப்பரப்பு) காலின் வீக்கம். சில போது, வீக்கம் மிகையாக இருக்கிறது. இரண்டு, மூன்று வாரங்களுக்கு காய்ச்சல் நீடிக்கிறது. காலின் வீக்கம் இரண்டு, மூன்று மாதங்களுக்கு நீடிக்கிறது. நலமூறும் கட்டத்தில், நோயாளியின் கால்களில் ''ஊறல்'' (உரிப்பு) ஏற்படுகிறது.

கீழ்கொண்ட இரத்த நிலைக்கு, எந்த சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறதோ, அதே சிகிச்சை, ஒரு சில மாற்றங்களுடன், பிரசவபின்கால உறைகட்டி சிரை அழற்சிக்கும் அளிக்கப்படுகிறது. (சமீப காலங்களில் உறைகட்டி சிரை அழற்சிக்கு அறுவை சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது.)

1) படுக்கையில் முழுமையான ஓய்வு. இதன் மூலம் இரத்தத்துகள் அடைப்பைத் தவிர்க்க முடியும். (இன்றியமையாத ஒரு உறுப்பின் இரத்த நாளம் இரத்த உறை கட்டியால் அடைபடுதல்) உறை கட்டி தொடைச்சிரை அழற்சியால் பாதிக்கப்பட்ட காலைத் தூக்கி, அதன் கீழே திண்டுகளை வைத்து, உயரமான நிலையில் வைக்க வேண்டும்.

2) பாதிக்கப்பட்ட காலினுள், ஊசிகள் போடுவதோ, உட்சொட்டிடலோ அனுமதிக்கப்பட மாட்டாது.

3) கீழ்வயிற்றின் மேல், பனிக்கட்டிப்பையை வைக்க வேண்டும்.

4) அழற்சியைக் குறைக்கவும், இரத்த உறைவை மட்டுப்படுத்தவும், அட்டை

களைப் பயன்படுத்தலாம். பாதிக்கப் பட்ட சிரையின் மேல், அட்டைகளை வைக்க வேண்டும். (முதலில் சருமத் தை சுத்தம் செய்து, உலரத்துடைத்து, சீனிக்கரையம் கொண்டு பூச வேண்டும்). 5—7 அட்டைகளைக் கையாளலாம். ஒவ்வொரு அட்டையும் 10—12 மி.லி. இரத்தத்தை உறிஞ்சுகிறது. உறிஞ்சி யபின் தானாகவே கீழே விழுந்து விடுகி றது. எதிர் உறை மருந்துகளைப் பயன் படுத்துதல் சிறந்தது.

5) நோய் நிகழ்வு குறையும் போது, பாதிக்கப்பட்ட கால் முழுவதிலும் விஷ் னெவ்ஸ்கியின் களிம்பு தடவப்படுகி றது. 7—8 நாட்களுக்கு ஒரு தடவை, இந்தக் களிம்பு பயன்படுத்தப்படுகிறது.

6) பொதுப்படையான சீழ்தொற்று நோய்களுக்கு பயன்படுத்தப்படும் மருந் துகளோ, இதற்கும் பயன் தரும். எதிர் உயிர் மருந்துகளில், ஸ்ட்ரெப்டோமை சீன் அல்லது பையோமைசீன் சிறந்ததா கும்.

7) காய்ச்சல் குறைந்த மூன்று வாரங் களுக்குப் பின்னர், நோயாளி, நடமாட அனுமதிக்கப்படுகிறாள். சிவப்பு அணு படியும் விகிதமும், மணிக்கு 30மி.மீ. —க்குக் குறைந்து இருக்க வேண்டும்.

மூன்றாவது கட்ட சீழ்நிலை

இந்தக் கட்டத்தில், தீவிர பரவலான பெரிடோனிய அழற்சியும், பெருகிவ ரும் உறைகட்டி சிரை அழற்சியும் அடங் கும்.

பரவலான தீவிர பெரிடோனிய அழற்சி: பிரசவபின் கால 3—8 நாட்களில் தீவிர, பரவலான பெரிடோனிய அழற்சி துவங்குகிறது. இந்த நோயின் கொடூ ரமான மருத்துவவெளிப்பாடுகள் வரு மாறு:—குமட்டல், வாந்தி, வயிற்றுப் பொருமல்; (ஷ்செட்கின்—பிளம்பர்க் அறிகுறி காணப்படாது.) மிகையான உடல் வெப்பம், (நிலைமை மிகவும் மோசமாக இருந்தால், உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது.) நாடித்துடிப்புஅதிகரித்து இருந்தாலும், பலவீனமாகவே இருக்கி றது. இரத்த அழுத்தம் குறைந்து காணப்படுகிறது. உலர்ந்த நாக்கு, முக பாவங்கள் முனைப்பாக இருக்கின்றன; கொடூரமான கேசுகளில் நினைவிழப்பு காணப்படுகிறது.

அதிகரித்து வரும், உறைகட்டி சிரை அழற்சி: இந்த நோயில் சிரைகளின் அழற்சியும், உறைகட்டிகள் உருவாவ தும், முதல் நிலை குவியத்துடன் நிற் காமல், சிரையின் வழியாகமேல் நோக் கிப் பரவுகிறது. அடைக்கும் உறைகட்டி சீழ்நிலையடைந்து, சீழ்துகள்கள் ஒட் டத்தின் வழியாக உடல் பூராவும் பரவி, மற்ற திசுக்களிலும் உறுப்புக்களிலும், கீழ்பிடிப்பின் புதிய குவியங்களைத் தோற்றுவிக்கின்றன.

சில கேசுகளில், சீழ்குவியங்கள், சிஸ்ட் பைகளில் அடைபட்டு விடுவதால், நோய்த் தொற்று, உடலின் மற்ற பகுதி களுக்குப் பரவுவதில்லை.

பரவலான பெரிடோனிய அழற்சிக் கும், மேலேறும் உறைகட்டி சிரை அழற்சிக்கும், பொதுப்படையான சீழ் பிடிப்பு நோய்க்கு அளிக்கப்படும் சிகிச் சையே, தரப்பட வேண்டும்.

நான்காவது கட்டம் (பொதுப்படையான சீழ்நிலை)

சீர்கெட்ட இரத்த நிலையும், சீழ் கொண்ட இரத்த நிலையும், நான்கா வது கட்ட சீழ்நிலையில் அடங்கும்.

சீர்கெட்ட இரத்த நிலை

இது, ஒரு கொடூரமான சீர்கெட்ட இரத்த நிலையாகும். இங்கு, இரத்த

ஓட்டம் வழியாக நுண்கிருமிகள் உடலெங்கும் பரவுகின்றன. நுண்கிருமிகளின் நச்சுப்பொருட்கள் உடலைப் பாதிகின்றன. இருதயம், மற்றும் இரத்த நாளங்கள், கல்லீரல், சிறுநீரகங்கள் போன்ற மற்றும் பல உறுப்புக்களில் முனைப்பான வளப்பக்கேடு அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன.

பிரசவபின் காலத்தின் 2வது 3வது நாளில் இந்த நோய் துவங்குகிறது. துவக்கத்தின் போது குளிர் உண்டாகி, உடல் வெப்பம் 40—41° செ.ஐ. அடைந்து, திடீரென்று நோயாளியின் பொது உடல் நலம் பாதிக்கப்படுகிறது. பெண், சோர்வடைந்து, துயில் நிலை கொள்கிறாள். அவளுக்கு தலைவலி, அசாதாரண கிளர்த்தல், பிதற்றல் ஆகியவை உண்டாகின்றன. நாடித்துடிப்பு பலவீனமடைகிறது. நிமிடத்திற்கு 120—130 துடிப்புகள் காணப்படுகின்றன. நாக்கு, உலர்ந்து, படலம் படர்ந்து காணப்படுகிறது. சருமமும் உலர்ந்து சாம்பல் அல்லது மஞ்சள் நிறமடைகிறது. அடிக்கடி பொரிப்புகளும் காணப்படுகின்றன: வயிற்றுப் போக்கும் காணப்படுகிறது. இருதயப்பணிக்கோளாறால், கால் கைகள் நீலநிறமடைகின்றன. சீர்கெட்ட இரத்த நிலைக்குக் காரணமான நுண்கிருமியை, இரத்தத்தை, ஊட்ட ஊடகத்தினுட் செலுத்துவதன் மூலம் கண்டறியலாம். நவீன முறையில் சிகிச்சை அளித்த போதும் கூட, நோய், நோயாளியின் மரணத்திலேயே முடிவடைகிறது.

சீழ்கொண்ட இரத்த நிலை

சீழ்க்குவியங்களிலிருந்து, நுண்கிருமிகள் உடலின் பல்வேறு உறுப்புக்களுக்கும், திசுக்களுக்கும் எடுத்துச் செல்லப்பட்டு, புதிய நோய் குவியங்கள் உருவாகி, சீழ் நிலையடைகின்றன.

நோய் பரவுவதற்கான முதன்மைக் குவியம், சீழ்கொண்ட உறைகட்டி சிரை அழற்சியாகும். சீழ்பிடித்த குருதிக்கட்டித் துகள்கள், இரத்தத்தின் மூலம் உடலெங்கும் பரவி, நுரையீரல்கள் மற்றும் இருதயம், கரும அடி இணைப்புத்திசு (சீழ்க்கட்டிகள், அழற்சிகள்) மற்றும் பல உறுப்புக்கள், திசுக்கள் ஆகியவற்றில், படிகின்றன.

சீர்கெட்ட இரத்த நிலையிலும், சீழ்கொண்ட இரத்த நிலையிலும் மருத்துவ வெளிப்பாடுகள், ஒரே மாதிரியாக இருக்கின்றன. (ஆபத்தான நிலை, மிகையான உடல் வெப்பம், குளிர், மிகையான நாடித்துடிப்பு முதலியன.) சீழ்கொண்ட நிலையில், பல்வேறு உறுப்புக்களில் பதியங்கள் படிவதால், அதற்கென சிறப்புக்குணங்கள் காணப்படுகின்றன. பொதுப்படையான சீழ்பிடித்த நிலையுடன், பல உறுப்புக்களின்—இருதயம், நுரையீரல்கள் பாதிப்புகளும் காணப்படுகின்றன. இதைத் தொடர்ந்து நோயாளியின் பொது உடல் நலம் சீரடைந்து காய்ச்சலும் குறைகிறது.

புதிய பதியக் குவியம் தோன்றினால், அறிகுறிகள் மீண்டும் தோன்றுகின்றன. உடல் வெப்பம் அதிகரிக்கிறது. பொது உடல் நிலை மோசமடைகிறது; கூடுதலான அறிகுறிகளும் (பாதிக்கப்பட்ட புதிய உறுப்பைப் பொறுத்து) உண்டாகின்றன. சீர்கெட்ட இரத்த நிலைக்கும், சீழ்கொண்ட இரத்த நிலைக்கும் சிகிச்சை: நோயின் காரணியை அகற்றுவதிலும், நோய்க்கான எதிர்ப்பு சக்தியை நோயாளிகளில் உருவாக்குவதிலும் சிகிச்சை அமைந்துள்ளது. (நோய்க்காரணியின் வீரியத் தன்மையை மட்டுப்படுத்தி, அதன் வளர்ச்சியைத் தடை செய்வது.) சிகிச்சை பின்வருமாறு அமைகிறது:—

1) நோயாளிக்கு முழுமையான பரா

மரிப்பு. (இது, பல வழிகளில் முக்கியத்துவும் வாய்ந்தது. இதன் மூலம் நோய்க்கான எதிர்ப்பு சக்தி அதிகரிக்கிறது. நோயாளி நலம் பெற, இது, உதவுகிறது.)

அறை நல்ல காற்றோட்டத்துடனும், சுத்தமாகவும் இருக்க வேண்டும்; தேவைக்கு அதிகமான நோயாளிகளை அனுமதிக்கக் கூடாது. நோயாளி மிகையாக வியர்த்தால், உள்ளாடைகளும், லினனும் அடிக்கடி மாற்றப்பட வேண்டும். படுக்கை விரிப்புகளின் மேலுள்ள நேப்கின்கள் (கைக்குட்டைகள்) உலர்ந்தும், நன்கு தேய்க்கப்பட்டும் (மடிப்புகள் இல்லாமல்) இருக்க வேண்டும். நோயாளியின் வாய்க்கும், சருமத்திற்கும் சிறப்பு கவனம் அளிக்க வேண்டும்; நோயாளி, தனது வாயை தினமும் கொப்பளிக்க வேண்டும்; காலையிலும், மதிய உணவிற்குப் பின்னரும்,, இரவு படுப்பதற்கு முன்னரும், வாயை நன்கு சுத்தம் செய்ய வேண்டும்.

வாயின் வெளிப்புறத்தை, பலவீனமான போரிக் அமிலக் கரையத்திலோ அல்லது போராக்சும், கிளிசராலும் (15 கிராம்) கொண்ட கலவையிலோ தோய்க்கப்பட்ட பஞ்சுத்துணி கொண்டு, நன்கு துடைக்க வேண்டும். அல்கஹாலின் பலவீனமான கரையம் அல்லது ஈடிக்கோலோன், அல்லது மணமுள்ள புளிப்புக் கொடி கொண்டு, சருமத்தைத் தினமும் துடைக்க வேண்டும்.

சீழ்நிலைகளில் எளிதில் உண்டாகக் கூடிய படுக்கைப்புண்களைத் தவிர்க்க, திரிகம் மற்றும் முதுகெலும்பு, தோள்பட்டை எலும்புகள் ஆகியவற்றின் சருமத்தை குட, அல்கஹால் கொண்டு தினமும் துடைக்க வேண்டும். கூபகப்பகுதிக்கு அடியில், காற்றடைக்கப்பட்ட ரப்பர் வளையத்தை, வைக்க வேண்டும்.

தினமும், குறைந்தது இரண்டு தடவைகளாவது, புறபிறப்புறுப்புக்கள் கழுவப்பட வேண்டும்.

2) நோய்த் தொற்றுக்கு எதிராக உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியை அதிகரிக்க, போஷாக்கான போதுமான உணவு அளிப்பது மற்றுமொரு முக்கியமான அம்சமாகும். கலோரிகள் நிறைந்து, ருசியான பல்வேறு வகையான, எளிதில் செரிமானமடையும் வகையில் உணவு இருக்க வேண்டும். சர்க்கரை, கொழுப்புகள் (கிரீம், வெண்ணை), புரதங்கள் (வேகவைக்கப்பட்ட மாமிச புட்டுகள், வேகவைக்கப்பட்ட மீன்கள், கோழிக் குஞ்சுகள், முட்டைகள், தயிர்); ஆகியவை கொடுக்கப்பட வேண்டும். சிறுநீரகங்கள் பாதிக்கப்படாவிடில்,குறைந்த அளவில் கேவியர், ஹெர்ரிங்குகள் போன்ற பசியுண்டாக்கும் பொருட்கள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். பழங்களும், பழச்சாறுகளும் கொடுக்கப்பட வேண்டும். திரவங்கள் (தேயிலை, காபி, காரகனிப்பொருள், தண்ணீர்), ஆகியவை போதிய அளவில் கொடுக்கப்பட வேண்டும். குறைந்த அளவில் ஒயினும் கொடுக்கப்பலாம்.

3) வைட்டமின்கள் (ஏ, சி, பி, டி, இன்னபிற), உடலின் எதிர்ப்பு சக்தியை அதிகரிக்கின்றன. குளுகோசை, சிரை வழியாகச் செலுத்த வேண்டும்; (20—40 மி.லி. 40% கரையம்) அல்லது சருமஅடி ஊசியாகவும் (5% பரையும் 1—2 லிட்டர்கள்) செலுத்தலாம். உறைகட்டி சிரை அழற்சியின் போது, சிரை வழியாகச் செலுத்தப்படுதல் தவிர்க்கப்பட வேண்டும். குறைந்த அளவில் இரத்தத்தைதும், கவனத்துடன், உட்செலுத்தலாம். இருதய நோய்க்கான மருந்துகள் (குறிப்பாக சூடன்), இரத்த உற்பத்தியை ஊக்குவிக்கும் மருந்துகள், செரிமானத்தை எளிதாக்கும் தயாரிப்

புகள் ஆகியவையும் வழக்கமாகக் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

4) எதிர் உயிர் மருந்துகள் (டெட்ரா சைக்ளின், பையோமைசீன், எரித்ரோ மைசீன் முதலியன) கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

எதிர் உயிர் மருந்துகளின் கீழ்க்கண்ட கூட்டுகள் நல்ல பலனளிக்கின்றன:

அ) பெனிசிலினும் ஸ்ட்ரெப்டோ மைசீனும். ஆ) எரித்ரோமைசீனும் டெட்ராசைக்ளினும். இ) ஒலியாண் டோமைசீனும் டெட்ராசைக்ளினும் ஈ) டெட்ராசைக்ளினும், சல்ஃபா மருந் துகளும்.

தினமுமான அலகுகள் வருமாறு: பெனிசிலின் 800,000 யூனிட்டுகள்; டெட்ராசைக்ளின் 800,000 அலகுகள், எரித்ரோமைசீன் 800,000 யூனிட்; ஒலி யாண்டோமைசீன் 800,000 யூனிட்டு கள், ஸ்ட்ரெப்டோமைசீன் 1,000,000 யூனிட்டுகள், டெட்ராசைக்ளினுடன் கொடுக்கும் போது, எரித்ரோமைசீன், ஒலியாண்டோமைசீன் ஆகியவற்றின் அலகுகள் தினமும் 400,000 யூனிட்டுக ளாக இருக்க வேண்டும். பாதி தொகுப்பு, மற்றும் புதிய எதிர் உயிர் மருந்துகளும் பரிந்துரைக்கப்பட வேண்டும்.

கீழ்தொற்றியநிலையில், குறிப்பாக பொதுப்படையான சீழ்பிடிப்பு நிலை களில் சல்ஃபா மருந்துகள் பலனளிக்கின் றன. சிகிச்சையின் துவக்கத்தில் பெருத்த அலகுகளில் (4 மணி நேர இடைவெளி யில் 1கிராம்) கொடுக்கப்பட்டு, படிப்ப டியாக குறைக்கப்படுகிறது.

பிரசவபின்கால கீழ்தொற்றின்முன்காப்பு: பிரசவபின்காலத் தொற்றுகளைச் சமா ளிக்க, முன்காப்பு முறைகளே சிறந்த தாகும். மகப்பேறு மற்றும் மகளிர் நோய் மருத்துவமனைகளின் ஒழுங்க மைப்பில், இது தான், பிரதான குறிக் கோளாகும். கர்ப்பிணியின் உடல் நலத்தை செம்மைப்படுத்தும் எல்லா முயற்சிகளும் (போதிய போஷாக்கு, சக ஜமான அன்றாட வாழ்க்கை, முறை யான நலவழி, நோய் தொற்றின் எல் லாக்குவியங்களையும் உரிய காலத்தில் கண்டுபிடித்து கட்டுப்படுத்துல், மற்ற நோயாளிகளிடமிருந்து கர்ப்பிணியைக் காப்பாற்றுதல்), பிரசவ பின்கால நோய்த்தொற்றைத் தடுக்க சிறந்த சாதனங்களாகும். தொற்றெதிர் முறை கள் கொண்டு பிரசவத்தை நடாத்து தல், முறையான பிரசவ பின்கால பரா மரிப்பு, மருத்துவ ஊழியர்களின் சுயசு காதாரம், காய்ச்சலுடன் கூடிய பிரச விப்பிகளை தனிமைப்படுத்துதல் ஆகி யவை மிகவும் முக்கியமான வழிகளா கும். கர்ப்பிணிக்கு, ஸ்டாபிலோகாக் கல் டாக்சாய்டுகொண்டு தடுப்பு ஊசி அளிப்பது முன் காப்பு முறைகளில் மிக வும் முக்கியமானதாகும்.

பெண்ணின் எதிர்ப்பு சக்தியைக் குறைக்கும் குருதிப்பெருக்கையும், மற் றும் பல சிக்கல்களையும் தவிர்ப்பது வும் மிகவும் முக்கியமாகும். கர்ப்பி ணிக்கும், பிரசவிப்பிக்கும் சுகாதாரக் கல்வி அளிப்பது மற்றும் ஒரு முக்கிய மான தடுப்பு முறையாகும்.

பிரசவபின் கால முலை நோய்கள்

மாஸ்டைடட்டிஸ் எனப்படும் முலை அழற்சி, சில நேரங்களில், பிரசவபின் காலத்தில் தோன்றுகிறது. சீழ் உண் டாக்கும் நுண்கிருமிகள், குறிப்பாக ஸ்டாபிலோகாக்கசு (எப்போதாவது ஸ்ட்ரெப்டோகாக்கசு), மற்றும் பல நுண்கிருமிகள், அழற்சி நிகழ்வுகளை டாக்கும் காரணிகளாகும். அசுத்தம டைந்த லினனாலும், காற்று வழியாக ஆபாசமடைந்த கைகள் வழியாகவும்,

சீழுக்கும் நுண்கிருமிகள், முலைக்காம்பு களை அடைகின்றன.

முலைக்காம்புகளின் மேலுள்ள சிறிய பிளவுகள் வழியாகவும், வெடிப்புகள் வழியாகவும், நுண்கிருமிகள் உட்செல்லுகின்றன. முலைக்காம்பு எபிதீலியத்தின் மிகச் சிறிய நைவுகள் வழியாக மார்பகச் சுரப்பியினுள் நுண்கிருமிகள் ஊடுருவலாம் அல்லது இரத்த, நிணநீர் ஓட்டம் வழியாக மற்ற நைவுகளிலிருந்து நுண்கிருமிகள் உள் நுழையலாம்.

குளிருடன் கூறிய, திடீரென்று அதிகரிக்கும் உடல் வெப்பத்துடன் (39°ம் அதற்கு மேலும்), பிரசவபின் கால முலை அழற்சி துவங்குகிறது. முலையில் வலி, பொதுப்படையான உடல்நலக்குறைவு, தலைவலி, தூக்கமின்மை, பசியின்மை ஆகியவை பெண்களுக்கு உண்டாகின்றன. முலை பெரிதாகிறது. முலையைத் தொட்டுப் பார்க்கும் போது, திடமான வலியுள்ள ஒரு அமைப்பு (ஒரு குறிப்பிட்ட எல்லைக் குட்படாத) தெரிய விடுகிறது. முலையின் பாதிக்கப்பட்ட பகுதியில், சருமம் சிவந்து காணப்படுகிறது. அக்குள் நிணக்கணுக்கள் வீங்கி, வலியுடன் காணப்படுகின்றன.

அழற்சியால் பால் நாளங்கள் அடைபடுவதால், பால் தேக்கமடைகிறது. இந்தக் கட்டத்திலேயே நிகழ்வு தடுக்கப்படலாம். நோயாளி சீரடையலாம்; பாதகமான சூழநிலைகளில் (உடலின் குறைந்த எதிர்ப்பு சக்தி, நோயூக்கு நுண்கிருமிகளின் மிகையான வீரிய சக்தி, முறையற்ற சிகிச்சை), நோய் முற்றி, சீழ்நிலை அடைகிறது. (சீழ் கொண்ட முலையழற்சி.)

நோயாளியின் பொது உடல் நலம் மோசமடைகிறது. அவளுக்கு குளிரும், விட்டு விட்டுக் காய்ச்சலும் உண்டாகின்றன. முலையில் வலி அதிகரிக்கிறது; ஊடுருவலின் மேலுள்ள சருமத்தில் குருதித்திரட்சி காணப்படுகிறது; நீலநிறமடைகிறது; சீழ்கொண்ட முலையழற்சி கொடூரமான, நாட்ப்பட்ட ஒரு வியாதியாகும்.

பிரசவபின் கால முலையழற்சிக்கு முன்காப்பு முறைகள்:

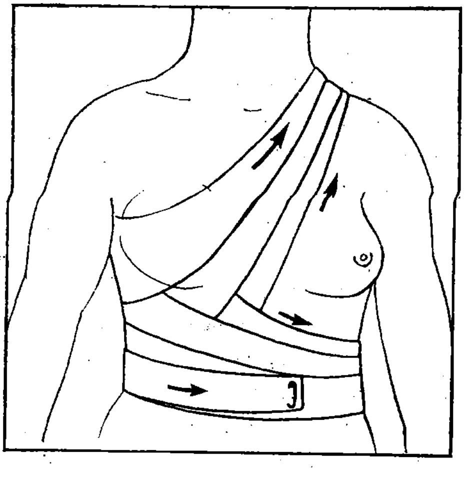
முலைகளை சுத்தமாக வைத்திருக்க வேண்டும். முலைக்காம்புகளில் வெடிப்புகள் தோன்றாதபடி பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். கர்ப்பத்தின் போதும், பாலூட்டும் போதும் முலைகளைப் பத்திரமாகப் பாதுகாக்க வேண்டியது முக்கியமான ஒரு தடுப்பு முறையாகும். குளிர்ந்த தண்ணீர் கொண்டு தினமும் கழுவுவது, பொஞ்சுக் குளியல்கள், முரடான துணி கொண்டு துடைப்பது ஆகியவை சிறந்த முன்காப்பு முறைகளாகும். முலைக்காம்புகளில் பொடுகுகள் (உலர்ந்த சீம்பால்) தோன்றினால், அவற்றை 1% போரிக் அமில கரையம் கொண்டு கழுவ வேண்டும்.

பாலூட்டும் போது, கைமகவு, முலைக்காம்புடன் முகட்டு வட்டத்தையும் சேர்த்து எடுத்துக் கொளவது அவசியமாகும். பாலூட்டும் தாயின் முலைகள் மிகவும் சுத்தமாக இருக்க வேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும்.

முலைக்காம்பில் வெடிப்புகள் காணப்பட்டால், துணைப்பொறி கொண்டு, கைமகவுக்கு பாலூட்ட வேண்டும். பாலூட்டிய பின்னர், பெனிசிலின் கரையம் கொண்டு (உடலியங்கியல் உப்புக்கரையத்தின் ஒவ்வொரு மி.லிக்கும் 10,000 யூனிட்) முலைக்காம்பை சுத்தம் செய்ய வேண்டும். வெடிப்புகளின் மீது வெண்மையான ஸ்ட்ரெப்டோசைட் பவுடரைத் தூவ வேண்டும். மெதிலீன் புளுவின் அல்கஹால் கரையத்தையும் பயன்படுத்தலாம்.

சிகிச்சை: நோயின் துவக்கக் கட்டத்தில், பனிக்கட்டிப்பையை மார்பகச் சுரப்பியின் மீது வைக்கலாம். படம் 293ல் காட்டியபடி, பாதிக்கப்பட்ட முலையை, ஒரு துணிக்கட்டு கொண்டு, மேலே தூக்கி வைக்கலாம். விஷ்ணெவ்ஸ்கி களிம்பு அல்லது சூடஎண்ணெ கொண்ட வெப்ப ஒத்தடம் கொடுத்து சிகிச்சையைத் துவக்கலாம். தசை ஊசியாக எதிர் உயிர் மருந்துகளை (தினமும் 500,000—800,000 யூனிட்டுகள்) அளிக்க வேண்டும். சல்ஃபா மருந்துகளும் பலனளிக்கின்றன. பொதுவாக இந்த சிகிச்சை நல்ல பலனளிக்கிறது. ஊடுருவல் சீரடைவது தாமதமானால், சுய இரத்த சிகிச்சையைக் கையாள வேண்டும். முலையிலிருந்து பாலை வெளியேற்றுவதே ஒரு முக்கியமான வழியாகும். சீழ்கொண்ட நிலை இல்லாவிடில், தொடர்ந்து பாலூட்டலாம். (அல்லது முலைப்பம்பு கொண்டு பாலை அகற்றலாம்.)

சீழ்கொண்ட முலையழற்சியில் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. சீழ்க்கட்டி பெரிதாக இராவிடில், ஊசி கொண்டு துளையிட்டு சீழை அகற்றி, பெனிசிலின் பவுடரை உட்தூவலாம். இல்லையெனில் முலையில் கீற்று அறுவை செய்ய நேரிடும்.



படம் 293. பாதிக்கப்பட்ட முலையைத் தூக்கி வைத்து கட்டுபோடுதல்

பிரசவபின்கால சிக்கல்களும், நோய்களும்.(தொற்றும்தன்னமஇல்லாதவை)

பிரசவபின் காலத்தில் அடிக்கடி தோன்றும் சிக்கல்கள், மல ஜலம் கழிப்பதில் ஏற்படும் கோளாறுகளாகும். பிரசவபின்கால பராமரிப்பு செம்மையாக இருந்தால், இந்தச் சிக்கல்களைச் சமாளித்து விடலாம்.

பிரசவபின்கால அதிர்ச்சி, காற்றுக் குமிழால் குருதி நாள அடைப்பு, பிரசவபின்கால நச்சுநிலை, மனக்கோளாறுகள் ஆகியவை அபூர்வமாக உண்டாகின்றன.

பிரசவபின்கால அதிர்ச்சி: திடீரென் வலியுடன் தோன்றும் சிரம பிரசவத்தால் அல்லது உணர்வகற்றல் இல்லாமலேயே, கிரீட் செயல் முறை மூலம் நச்சுக்கொடியை அகற்றும் மகப்பேறு அறுவைகளால், இத்தகைய அதிர்ச்சி உண்டாகிறது. சிசு வெளிப்பட்டவுடன் அல்லது நச்சுக் கொடி வெளிப்பட்டவுடன், அதிர்ச்சி உண்டாகிறது. இரத்த இழப்பு இல்லாமலேயே இது உண்டாகிறது. பெண்ணை பலவீனப்படுத்தும் குருதிப்பெருக்கு, ஒரு முன்னிணக்க அம்சமாகும்.

அதிர்ச்சியிலுள்ள பெண்ணின் சருமமும், வெளித் தெரியும் சிலேட்டுமமும், வெளிறிக் காணப்படுகிறது; தலைச் சுற்றல், குமட்டல், வாந்தி, குளிர்ந்த வியர்வை சுரப்பு உண்டாகின்றன. நாடித்துடிப்பு பலவீனமடைகிறது; இரத்த அழுத்தம் குறைகிறது; மயக்க நிலை உண்டாகிறது.

சிகிச்சை:—சரும அடி ஊசியாக பாண்டோபான்; நோயாளியை வெப்பமாக வைத்திருக்க வேண்டும். அவளுக்கு இரத்தம் உட்செலுத்த வேண்டும். சிரை வழியாக குளுகோஸ் செலுத்தப்பட வேண்டும். இருதய மருந்துகளும் (சூடன், காஃபீன்) கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

காற்றுக் குமிழால் கருதிநாள அடைப்பு: பிரசவத்தின் பின்னர், கருப்பையின் திறந்த கிரையினுள் காற்றுக்குமிழ் நுழைந்து, கீழ்பெருஞ்சிரை வழியாக இருதயத்தையும், நுரையீரல் தமனியையும் அடைகிறது. பெண்ணின் நிலை துரிதமாக மோசமடைந்து (வெளிறிய சருமம், விரிவடைந்த பானவகள், இருதய, நுரையீரல் சீர்குலைவு) துரிதமரணத்தில் முடிவடைகிறது.

காற்றுக் குமிழால் இரத்த நாளம் அடைபடுவது, பிரசவத்தின் மிக அபூர்வமான சிக்கலாகும். சிசுவைச் சுழற்றுதல், கொண்டு நச்சுக்கொடியை அகற்றுதல் போன்ற மகப்பேறு அறுவைகளின் போது, இந்தச் சிக்கில் தோன்றலாம். கீழ் நிலை நச்சுக் கொடியிலும், கருப்பை மந்த நிலையிலும், இந்தச்சிக்கல் தோன்றலாம்.

பிரசவபின்கால உளநோய்: முந்தைய கால மனச்சிதைவு நோய், மட்டு மீறிய வெறி நோய் போன்ற மற்றும் பல உள நோய்கள், பிரசவபின்காலத்தின் போது சீர்கேடடையலாம். சிலபோது, பிரசவப் பின்காலத்தின் போது முதன் முதலாக இந்நோய் தோன்றலாம். சமீப காலங்களில், பிரசவபின்கால நோய் மிக அபூர்வமாகவே காணப்படுகிறது.

உளநோய்க்கான அறிகுறிகள் தோன்றினால், டாக்டரைஉடனே வரவழைத்து, நோயாளியை இடைவிடாது கண்காணிக்க வேண்டும். அவளைத் தனியாக இருக்க விட்டால், ஆபத்துகள் நிகழலாம். உளநோய் சிகிச்சைப் பிரிவுக்கு உடனடியாக மாற்றப்பட வேண்டும்.

அத்தியாயம் 28

மகப்பேற்றின் போதான அறுவை முறைகள்

இத்தகைய அறுவைக்கான அவசியங்களும் தேவைகளும்

ஒரு கர்ப்பிணி, அறுவை முறையால் பிரசவிக்க வேண்டுமா என்பது கர்ப்பிணியின் முழுமையான பரிசோதனையைப் பொறுத்து உள்ளது. அறுவை மூலம் பிரசவம் நடத்த வேண்டிய, கர்ப்பம், மற்றும் பிரசவம் ஆகியவற்றின் எல்லா வியாதிகளும் சிக்கல்களும் அறுவை முறையின் அவசியத்தை சுட்டிக் காட்டுகின்றன. தாயின் உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிக்கும் சிக்கல்கள் (இருதய வியாதிகள், பிரசவ நச்சு நிலை, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி), சிசுவுக்கு ஆபத்து விளைவிக்கும் சிக்கல்கள் (மூச்சுத்திணறல்), பிறப்புப் பாதையின் அசாதாரணக் குறைபாடுகள் (குறுகிய கூபகம், யோனியின் குறுக்கம்), கிரம பிரசவம் ஆகியவை, அறுவை தேவைப்படும் அம்சங்களாகும்.

மகப்பேறு அறுவைக்கு அவசியம் இருந்த போதிலும் மற்றும் பல முக்கியமான அம்சங்களையும் கவனத்தில் கொண்டு, ஆபரேஷன் செய்ய வேண்டுமா எனவும் நிர்ணயிக்க வேண்டும். ஒரு ஆபரேஷன் சென்வதற்கான சூழ்நிலைகளையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். உதாரணமாக, சிசுவின் குறுக்கு உதயத்தின் போது, ஆபரேஷன் செய்ய வேண்டியது அவசியமாகிறது. ஆனால் எந்த முறை அறுவையைத் தெரிந்தெடுப்பது என்பது (புற சுழற்சி, பாத அழற்சி, சிசேரியன் அறுவை, சிசுச்சிதைவு) பல்வேறு அம்சங்களைப் பொறுத்து உள்ளது. இத்தகைய அம்சங்களாவன: கருப்பைக் கழுத்து விரிவு நிலை, பனிக்குடத்தின் தன்மை, கூபக அமைப்பு, கபால—கூபக பொருத்தம் இன்னபிற.

மகப்பேறு ஆபரேஷன் அனைத்துமே ஒரு டாக்டராலேயே செய்யப்பட வேண்டும். சோவியத் ரஷ்யாவின் மக்கள் நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சின் (ஜூலை 29—1954) நியதிகளின்படி, மிகவும் அவசர அவசிய காலங்களில் (டாக்டர் இல்லையெனில் அல்லது நோயாளியை மகப்பேறு மருத்துவமனைக்கு அனுப்ப முடியாவிடில்), உணர்வு நீக்கம் செய்யாமலும், தொற்றற்ற, தொற்றெதிர் முறைகளைப் பின்பற்றி, மகப்பேறு ஊழியர், கீழ்க்கண்ட அறுவை முறைகளைக் கையாளலாம்:—குறுக்கு, சாய்வு உதயங்களில் (பனிக்குடம் உடையாமலிருந்து அல்லது அம்னியாடிக் திரவம் வெளிப்பட்டவுடன், சிசுவும் நகரும் நிலையில் இருந்தால்) பாத சுழற்சி பாதத்தை இழுத்தல், நச்சுக் கொடியையோ அதன் பாகங்களையோ கைகொண்டு பிரித்து வெளியேற்றுதல்; 1வது 2வது வகை விடபக்கிழிசல்களைச் செப்பனிடல், ஆகியவை.

மகப்பேறு ஆபரேஷன்களுக்கான தயாரிப்பு

மகப்பேறு ஆபரேஷன்கள் பலவற்றில் காலதாமதம் கூடாது. தொற்று நீக்கப்பட்ட பொருட்கள் (வலைத்துணி, பஞ்சு, கம்பனி, சில்க், கேட்கட்) மூடு துணி, சுத்தமான கருவிகள் (தையல் போட இடுக்கி போட), இரத்தம், உடல் இயங்கியல் உப்புக்கரையம், ஆகியவற்றை உட்செலுத்தத் தேவையான கருவி; உணர்வு நீக்கம் செய்ய தேவையான பொருட்கள் (தல அல்லது போது இருதய மருந்துகள், கிருமி நாசினி மருந்துகள் ஆகியவை, மகப்பேறு மருத்துவ மனைகளில் எப்போதும் தயாராக இருக்க வேண்டும். வழக்கமாக செய்யப்படும் ஆபரேஷன்களுக்கு (அவசரமில்லாதது), அறுவைக்கு முந்தி, கருவிகள் தொற்று நீக்கம் செய்யப்பட வேண்டும்.

பொருட்களை தொற்று நீக்கம் செய்தல்: மேலங்கிகள், முகமூடிகள், தலைத் தொப்பிகள், கைக்குட்டைகள், மூடுதுணிகள், துண்டுகள் முதலியன, எண்ணப்பட்டு, அதற்குரிய வட்டுருளைகளில் வைக்கப்பட வேண்டும். (வலைத்துணி, அடைப்பான் ஆகியவற்றிற்கெனத் தனியான ஒரு வட்டுருளை இருக்க வேண்டும்.) தொற்று நீக்கப்பட வேண்டிய பொருட்களைக் கொண்ட வட்டுருளைகளை, நீராவிக்கலனில் வைத்து, அழுத்தத்துடன் கூடிய நீராவியை, வட்டுருளைகளினுட் செலுத்தி 45—50 நிமிடங்கள் காத்திருக்க வேண்டும். சில அபூர்வமான கேசுகளில், கட்டுப்போட உபயோகிக்கப்படும் துணிகளை, கொதிக்க வைத்து, தொற்று நீக்கம் செய்யலாம்.

ரப்பர் கையுரைகளை (டால்கம் பவுடர் போட்ட பின்பு) நீராவிக் கலன்களுக்குள் செலுத்தி, சுத்தம் செய்ய வேண்டும்; அல்லது 10—15 நிமிடங்களுக்குக் கொதிக்க வைக்கலாம். சுத்தமான துண்டு கொண்டு கையுறைகளை உலர்ந்த வேண்டும்; தொற்று நீக்கப்பட்ட டால்கம் பவுடரைத்தூவி, சுத்தமான நேப்கின்களில் மடித்து வைக்க வேண்டும்.

தையல் பொருட்களை தொற்று நீக்கம் செய்தல்.—சில்க், கேட்கட், கேப்ரான் ஆகியவை தையலுக்குப் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.

கேட்கட்டை, பல்வேறு செயல்முறைகள் கொண்டு தொற்று நீக்கம் செய்கிறார்கள். ஒருசெயல்முறையாவது: கேட்கட்டை கண்ணாடித் தட்டுகளில் அல்லது கம்பி உருளைகளில் சுற்றுகிறார்கள். (ஒரு அடுக்கு.) மூடிகொண்ட ஒரு கண்ணாடி ஜாடியினுள் இரண்டு வாரங்களுக்கு வைக்கப்படுகிறது. இந்தக் கண்ணாடி ஜாடியினுள், 96% இதைல் அல்கஹாலில் (1000 மி.லி.) 10மி.லி. பொட்டாசியம் அயோடைடும், 10மி.லி. அயோடின், கரையமும் கலக்கப்பட்டு இருக்கிறது. இரண்டு வாரங்களின் கழித்து, கேட்கட்டை, 96% அல்கஹால் கொண்ட ஜாடிக்குள் மாற்றப்பட்டு தேவைப்படும் வரை, வைக்கின்றனர்.

மற்றுமொரு முறையாவது:—பெட்ரோலில் தோய்க்கப்பட்ட வலைத்துணி கொண்டு, கேட்கட் இழைகள் துடைக்கப்படுகின்றன. வடிகட்டிய தண்ணீரால் கழுவப்படுகிறது. பின்னர் உலர்த்தப்பட்டு 10 நாட்கள், ஒரு பாட்டிலில் வைக்கப்படுகிறது. இந்த பாட்டிலினுள் கீழ்க்கண்ட கலவை இருக்கிறது:—10 மி.லி. அயோடின் லூகால் கரையம், 20 மி.லி. பொட்டாசியம் அயோடைட், 96% இதைல் அல்கஹால் (1000 மி.லி. இவ்விதம் தயாரிக்கப்பட்ட கேட்கட்,

96% அல்கஹால் கரையத்தினுள் மாற்றப்பட்டு, உபயோகத்திற்குத் தயாராக இருக்கிறது.

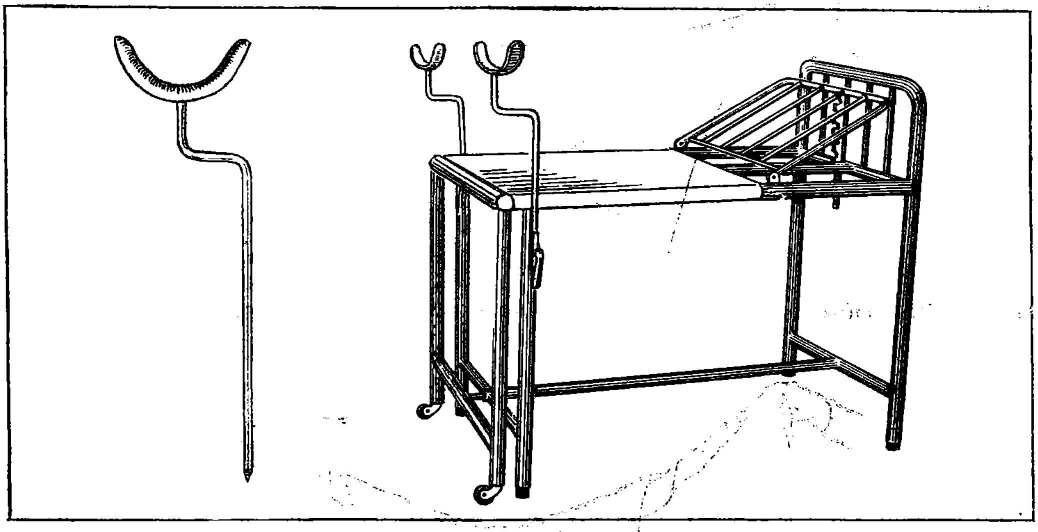
சில்க் இதை சிறிய பொட்டலங்களாக சுருட்டி, சுடு தண்ணீரும் சோப்பும் கொண்டு கழுவி, வடிகட்டிய தண்ணீரில் நன்றாக சுத்தம் செய்து ஈதரில் 12 மணி நேரங்களும், அல்கஹாலில் வெத்திருக்க வேண்டும். இரசகப்பாசிதையின் 1% கரையத்தில் (கரோசில் சப்ளிமேட்), கொதிக்க வைக்க வேண்டும். கைகளை நன்கு சுத்தம் செய்த் பின்னர், கொதிக்க வைக்கப்பட்ட சில்கை சுத்தமான கண்ணாடித் தட்டுகளிலோ அல்லது உருளைகளிலோ சுற்றி, சுத்தமான சாராயம் கொண்ட கண்ணாடி பாட்டிலினுள் இட வேண்டும். சில்க், கேட்கட் ஆகியவற்றின் தொற்றற்ற தன்மையை, ஆய்வகத்தில் (கூழ்சாறினுள் செலுத்தி) நிர்ணயம் செய்ய வேண்டும்.

கருவிகளை தொற்றுநீக்குதல். அதற்கென உரிய கிருமி அழி கருவியில் 1% சோடியம் ஹைட்ரோ கார்னேட் கரையம் உள்ளது. இதனுள் கருவிகளைப் போட்டு 15 நிமிடங்கள் கொதிக்க வைக்க வேண்டும், இத்தகைய கருவி இல்லையெனில், ஒரு சுத்தமான தாலத்தில், கருவிகளைப் போட்டு நன்கு கொதிக்க வைக்கலாம். வெட்டும் கருவிகளை (கத்திகள், கத்திரிப்பான்கள்) கொதிக்க வைக்காமல், 1—2 மணி நேரங்கள், அல்கஹாலில் வைத்து, பின்னர் அறுவைக்குப் பயன்படுத்தலாம். ஆபரேஷனுக்குப் பின்னர், ஒரு பிரஷ் கொண்டு, சுடு தண்ணீரும் சோப்பும் கொண்டு கருவிகளை நன்கு கழுவ வேண்டும். மீண்டும் சோடியம் ஹைட்ரோகார்பனேட் கரைத்தில் (வெட்டும் கருவிகளைத் தவிர) கொதிக்க வைத்து நன்கு துடைத்து விட வேண்டும்.

வயிற்று வழி கருப்பைத்துளை செய்ய நேர்ந்தால், மகப்பேறு ஊழியர், கருவிகளை எண்ணி, அறுவைக்குப் பின்னர் வயிற்றுச் சுவரை மூடுவதற்கு முன்னர், சரி பார்க்க வேண்டும். ஆபரேஷனுக்கு முன்னரும்பின்னரும் லினன் துணிகள், சுத்தமான கைக்குட்டைகள் ஆகியவற்றையும் எண்ண வேண்டும்.

கைகளை தொற்று நீக்கம் செய்தல். ஸ்பாசோ குகோட்ஸ்கி—கோசர்கின் -ஃபர்பிரிங்கர் அல்லது அஹல்ஃபெல்ட் ஆகியோரின் செயல் முறைகளைப் பின்பற்றி சர்ஜனின் கைகளைச் சுத்தம் செய்ய வேண்டும். (பிரிவு 7 காண்க.) கைகளை போதுமான அளவு சுத்தம் செய்தபின்னர், சர்ஜன், தொற்று நீக்கப்பட்ட முகமூடி மற்றும் மேலங்கிகள், சுத்தமான இரப்பர்கையுறைகள் ஆகியவற்றை அணிய வேண்டும். கையுறைகள் இல்லாமலேயே யோனியின் மீதான அறுவைகள் செய்யப்பட வேண்டும். இல்லையெனின் தொடு உணர்வு கட்டுப்பாடு, சீர்குலைந்து விடும்.

நோயாளியைத் தயார் செய்தல். (கர்ப்பிணி, பிரசவிப்பி, பிரசவித்த பெண்.) உட்குழல் கொண்டு சிறுநீரை அகற்ற வேண்டும்; இனீமா கொண்டு மலக்குடலைக் சுத்தம் செய்ய வேண்டும்; (ஆபரேஷன் அவசரமாகச் செய்யப்பட வேண்டியதில்லை எனில்.) பூப்பு, விடப ரோமம் மழிக்கப்பட வேண்டும். புறபிறப்புறுப்புக்கள் மற்றும் தொடைகளின் உட்பரப்புகள், விளபம், குதப்பகுதி, கீழ்வயிறு (தொப்பூழ் வரை) ஆகியவை, சோப்பும் சுடு தண்ணீரும் கொண்டு நன்கு கழுவப்பட வேண்டும். சுத்தம் செய்யப்பட்ட பகுதிகளை, சுத்தமான பொருட்கள் கொண்டு உலர்த்தி, அல்கஹாலும் 5% அல்கஹால் அயோடின் கரையமும் கொண்டு துடைக்க வேண்டும். முன்

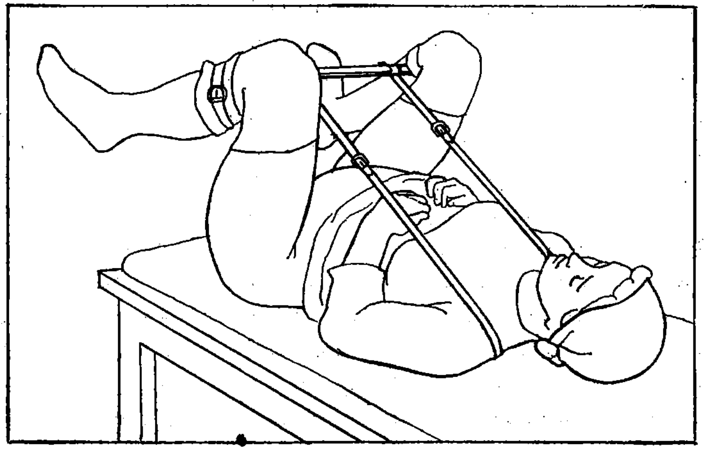


படம் 294. கால் தாங்கிகள் கொண்ட ராக்மனோவின் படுக்கை.

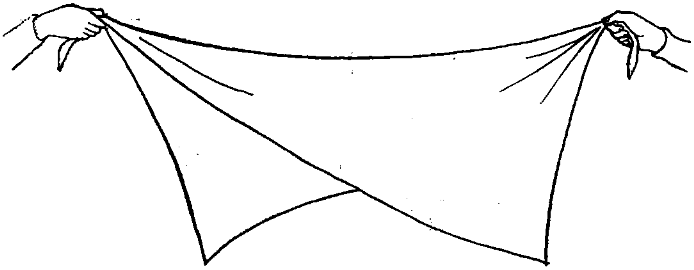
புற வயிற்றுச் சுவரை அல்கஹால் கொண்டு கழுவ வேண்டும்; வயிற்று வழி கருப்பைத்துளை அறுவைக்கு முன்னர், இரண்டு தடவைகள், 5% அயோடின் கரையம் கொண்டு துடைக்க வேண்டும். ஒரு துவாரத்துடன் கூடிய, தொற்று நீக்கப்பட்ட மூடு துணியால் வயிற்றுச் சுவரை மூடவேண்டும்.

யோனி ஆபரேஷனுக்கு, நோயாளியின் கால்களுக்கு தொற்று நீக்கப்பட்ட காலுறைகள், அணிய வேண்டும். ஒரு துவாரம் உள்ள சுத்தமான துணியால், புற பிறப்புறுப்புக்களை மூட வேண்டும். ஒரு சுத்தமான மேலங்கியை, இதற்குப் பயன்படுத்தலாம். (அங்கியின் கைகளை, காலுறைகளாகப் பயன்படுத்தலாம்.)

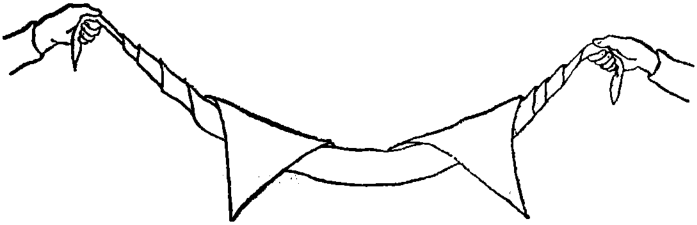
யோனி ஆபரேஷனுக்கும், வயிற்று வழி கருப்பைத் துளைக்கும் என சிறப்பாகப் புனையப்பட்ட மேசையின் மீது



படம் 295. ஆட்டோவின் கால் தாங்கி



படம் 296. படுக்கை விரிப்பு கொண்டு கால்தாங்கி அமைத்தல் (முதல்படி)



படம் 297. படுக்கை விரிப்பை கால்தாங்கியாக ஆக்குதல்

ஆபரேஷன்கள் செய்யப்பட வேண்டும். யோனி ஆபரேஷன்களுக்கு ராக்மனோ வின் படுக்கையைப் பயன்படுத்தலாம். படுக்கையின் கீழ்ப்பகுதியை கீழே இறக்கி விட்டு, கால் தாங்கிகளைச் சரிப்படுத்த வேண்டும். (படம் 294) படுக்கையின் ஓரத்தில் பெண்ணின் கூப கம் இருக்க வேண்டும். விரிக்கப்பட்ட கால்களை, கால் தாங்கிகள் மீது வைக்க வேண்டும். கூபகத்தின் கீழே எண்ணைத் துணியை வைத்து, சுத்தமான மூடு துணியால் மூட வேண்டும். அவசரமான கேசுகளுக்கு சாதாரண மேசையையே பயன்படுத்தலாம். அப்போது, ஆட் டோவின் கால் தாங்கி கொண்டு, கால் களைத் தாங்க வேண்டும். (படம் 295) படுக்கை விரிப்பு ஒன்றை, ஒரு பட்டை போன்று சுருட்டி பயன்படுத்தலாம். (படம் 296, 297, 298.) உதவியாளர் களின் உதவியாளர்களின் உதவியால் பிரசவிப்பியின் கால்களைப் பிடித்துக் கொள்ளலாம்.

சில ஆபரேஷன்களுக்கு முன்னர், சிசு வின் மூச்சுத்திணறலைத் தவிர்க்க தயா நிலையில் இருக்க வேண்டும்.

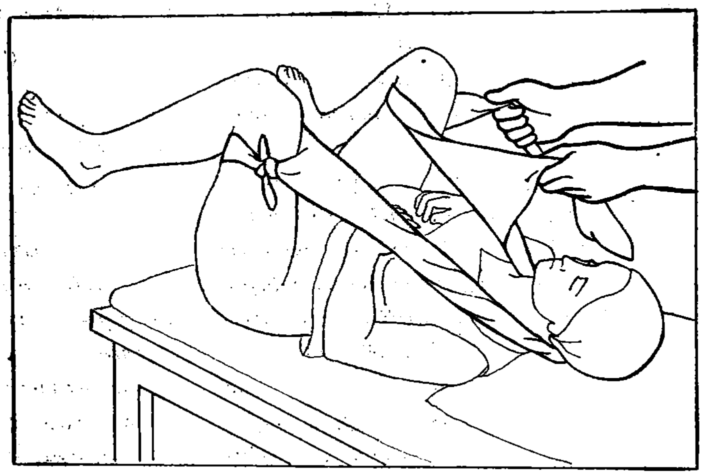
மகப்பேறு அறுவைகளின் போது வலி நீக்கம்

மகப்பேறு அறுவைகள் அனைத்தும் பொது அல்லது தல உணர்வு நீக்கம் கொண்டு செய்யப்பட வேண்டும். மகப் பேறு அறுவைகளின் போது தண்டுவிட உணர்வகற்றல் உகந்தல்ல.

பொது (மூச்சுள்ளிழுத்து) உணர்வு நீக்கம்.

பாதசுழற்சி மற்றும் சிசுவை அகற் றுதல், சிசேரியன் அறுவை முறை, சிசு வைச் சிதைக்கும் ஆபரேஷன்கள், கைகொண்டு நச்சுக்கொடியையும் அதன் பகுதிகளையும் அகற்றல் போன்ற

படம் 298. படுக்கை விரிப்பைப் பயன்படுத்தி கால்களைத் தாங்குதல்



பெரிய ஆபரேஷன்களின்போது, பொது உணர்வு நீக்க முறையைக் கையாளலாம். சமீப காலங்களில், மூச்சுக்குழலினுள் குழலையச் செலுத்தி, நைட்ரஸ் ஆக்சைடு, ஆக்ஸிஜன், ஈதர் (மற்ற மயக்க மருந்துகள்) ஆகியவற்றை உட்செலுத்தி, சிசேரியன் அறுவை கையாளப்படுகிறது. பொது உணர்வு நீக்க முறையைக் கையாளுவதற்கு முன்பு, சாதக, பாதக அம்சங்களைக் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். ஈதர் (அல்லது ஈதருடன் ஆக்ஸிஜன் நல்லது), இதற்குப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. ஈதரின் குறைந்த அலதிலேயே, நோயாளிகள் ஆழ்ந்து தூங்கி விடுகின்றனர். நைட்ரஸ் ஆக்சைடும், ஆக்ஸிஜனும் கலந்த கலவை மிகவும் வெற்றிகரமாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

உணர்வகற்றும் முன்பு, செயற்கை பற்களோ அல்லது செயற்கை தாடையோ (அகற்ற முடிந்தால்) இருந்தால், அவற்றை அகற்றி விடுவது அவசியமாகும். நோயாளியின் முகத்தின் வாசலனைப் பூச வேண்டும், கண்ணை, ஒரு துண்டு கொண்டு மூட வேண்டும். ஒரு கையை, நோயாளியின் பக்கத்தில் துணி கொண்டு கட்டி விட வேண்டும். மற்ற கை உணர்வகற்று டாக்டரிடம் இருக்க வேண்டும். அவர், நாடித்துடிப்பை கணக்கிடுவார். வாய்விரிக்கி, நாக்கு தாங்கி, ஊசிகளுடன் கூடிய ஒரு சிரிஞ்சு, சூடன் மற்றும் காஃபீன் ஊசி மருந்து, ஆக்ஸிஜன் பை ஆகியவை தயாராக இருக்க வேண்டும்.

உணர்வகற்று நிபுணர், இடைவிடாது நாடித்துடிப்பு, மூச்சுவிடல், நோயாளியின் பாவைப்பிரதிவினை ஆகியவற்றைக் கண்காணித்துக் கொண்டே இருக்க வேண்டும். ஆழ்ந்த தூக்கம் இருந்தால், கண்பாவைகள் சுருங்கி, ஒளித்தூண்டலுக்கு பிரதிவினை புரிவதில்லை. நாடித்துடிப்பு முழுமையான, லயத்துடன், மட்டுப்பட்டு இருக்கிறது. மூச்சுவிடலும் முறையாக இருக்கிறது. தசைகள் தளர்ந்து இருக்கின்றன; அனிச்சைகள் இல்லை.

சிசேரியன் அறுவை முறை, வேற்றிட கர்ப்பத்திற்கான (சோகை இல்லாதிருந்தால்) அறுவை, ஆகியவற்றை தல உணர்வு நீக்க முறையால் (புரோகைன் ஹைடரோகுளோரைடு) செய்யலாம்.

பூடண்டல் நரம்பு உணர்வகற்று முறையை,

வலி நீக்கத்திற்கும், மகப்பேறு அறுவைகள் சிலவற்றிற்கும் பயன்படுத்தலாம். இதற்கு, 0.25% புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு கரையத்தைப் பயன்படுத்தலாம்.

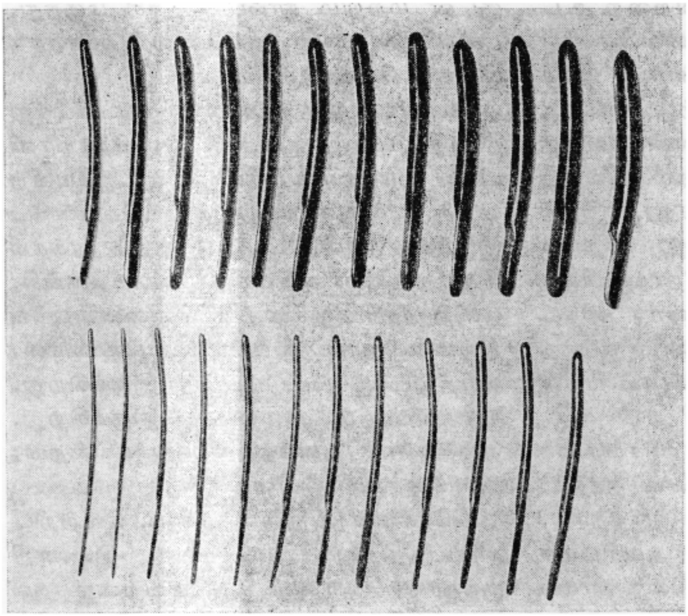
கருப்பைக் கழுத்தைச் சுற்றி உணர்வகற்று முறை: யோனி வழி சிசேரியன் அறுவைக்கும், கருப்பையை சுரண்டியெடுப்பதற்கும் இதைப் பயன்படுத்தலாம். (முன்புற வளைவின் பக்கமாக உள்ள பக்கவாட்டு யோனி வளைவின் வழியாக, நரம்புப்பிணையங்களை மூடியுள்ள கருப்பைக் கழுத்தைச் சுற்றியுள்ள திசுக்களினுள் 0.25% புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடு கரையம் செலுத்தப்படுகிறது.) ஒவ்வொரு பக்கத்திலும் 30—40 மி.லி. கரையம் ஊசி மூலம் செலுத்தப்படுகிறது.

கருப்பையின் மேலான ஆபரேஷன்கள்

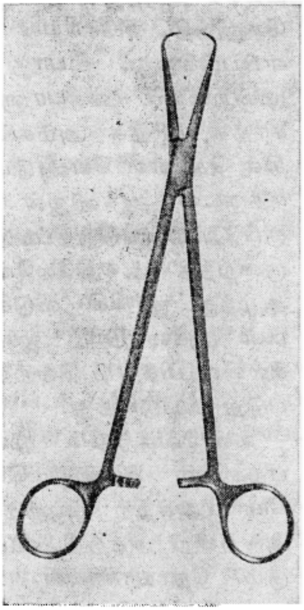
சுரண்டுமுறை (கியூரட்டேஜ்)

செயற்கை முறை (மருத்துவம் சார்ந்த) கருச்சிதைவு, அரைகுறை கருச்சிதைவு, ஏற்கனவே துவங்கிய கருச்சிதைவு, நச்சுக்கொடியின் எச்சங்கள் பின்தங்கி விடும் போது ஏற்படும் பிரசவபின் கால குருதிப்பெருக்கு, ஆகியவற்றின் போது கருப்பை சுரண்டப்படுகிறது.

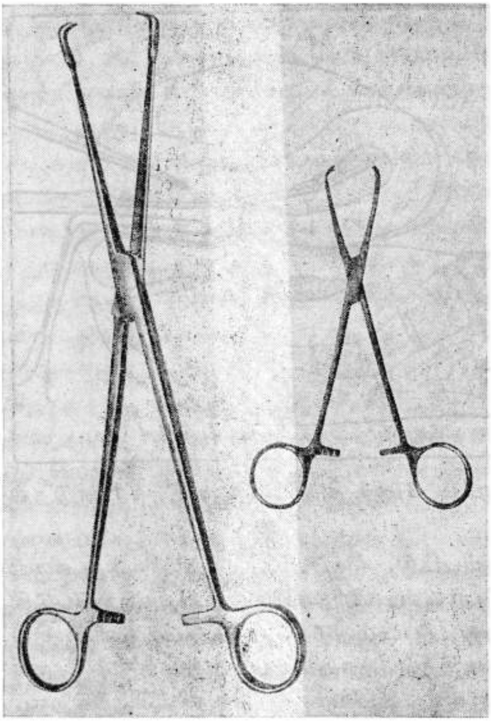
கருப்பையைச் சுரண்டத் தேவையான கருவிகள்: யோனி உட்காட்டி, மேற்தூக்கி, விரிக்கிகளின் ஒரு அடுக்கு; (மருத்துவம் சார்ந்த கருச்சிதைவுகளுக்கு) (படம் 299 காண்க) புல்லட் இடுக்கி (படம் 300) அல்லது முசேயின் இடுக்கி (படம் 301) கருப்பை துழாவி



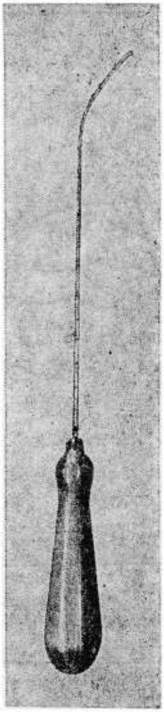
படம் 299. ஹேகாரின் விரிக்கிகள் (டைலேடர்கள்)



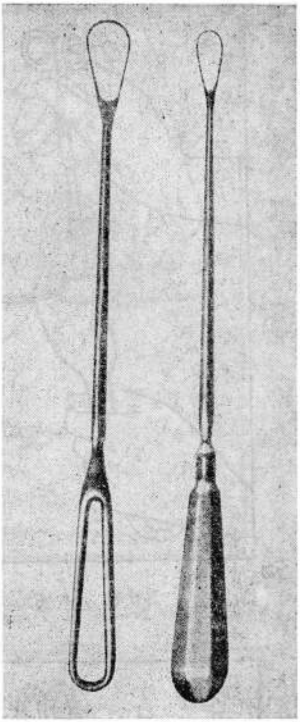
படம் 300. புல்லட் இடுக்கி



படம் 301. முசேயின் இடுக்கிகள்



படம் 302. கருப்பை துழாவி

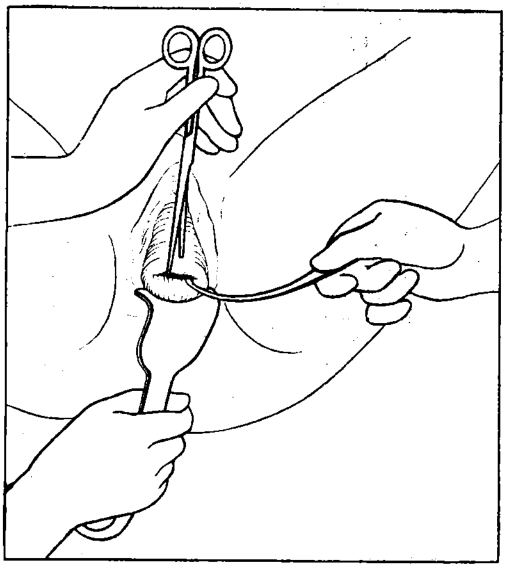


படம் 303. சுரண்டிகள்

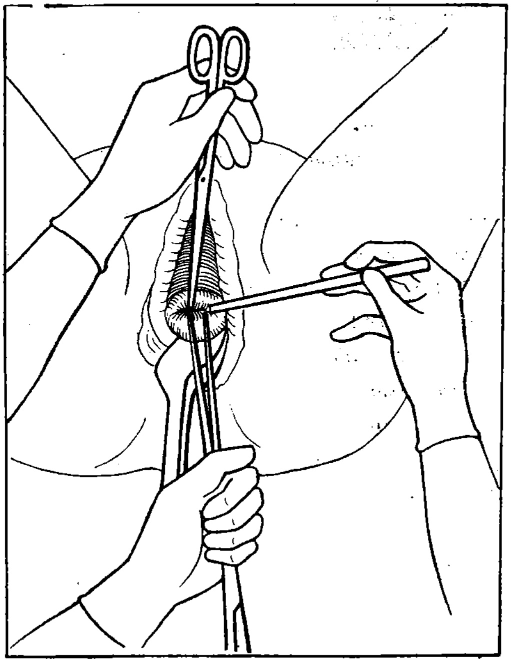
(படம் 302) சுரண்டிகள் (படம் 303), கருச்சிதைவு (துளை கொண்ட) இருக்கி, ஒரு சிரிஞ்சு, உணர்வகற்ற ஊசிகள், பல்வேறு வகையான இடுக்கிகள், சாமணம்.

செயற்கை முறைக்கருச்சிதைவு. கர்ப்பத்தின் 12வது வாரம் வரை, சுரண்டு முறை மூலம் செயற்கை முறை கருச்சிதைவைச் செய்யலாம். காலம் கடந்து செய்யப்படும் சுரண்டல், கருப்பைக் கிழிசலை உண்டாக்குமாதலால், ஆபத்தானது.

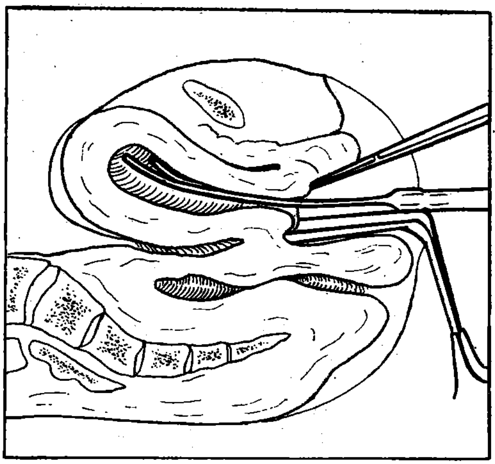
செயல் முறை: உட்காட்டி மூலம் யோனி திறக்கப்படுகிறது. கருப்பைக் கழுத்தின் மேலும், யோனிச் சுவர்களின் மீதும், அல்கஹாலும் அயோடினும் பூசப்படுகிறது; புல்லட் இடுக்கி கொண்டு கருப்பைக் கழுத்து பிடிக்கப்படுகிறது; கருப்பை துழாவப்பட்டு (படம் 304), அதன் அளவும், நிலையும் தீர்மானிக்கப்படுகிறது. உலோக விரிக்கிகள் கொண்டு, கீழ்க்கண்டவாறு கருப்பைக் கழுத்து துவாரம் விரிக்கப்படுகிறது: மிகச்சிறிய விரிக்கி (எண் 4) நுழைக்கப்படுகிறது; பின்னர் பருமனான விரிக்கிகள் நுழைக்கப்படுகின்றன. (படம் 305) விரிக்கி எண் 12ஐ நாழக்கும் அளலிற்கு, கருப்பைக் கழுத்துக் கால்வாய் விரிவடைந்தால், சுரண்டுவதற்கு போதுமானதாக இருக்கிறது. போதுமான அளவு கால்வாய் விரிக்கப்பட்டவுடன், ஒரு சுரண்டி உட்செலுத்



படம் 304. கருப்பையை துழாவுதல்



படம் 305. கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாய் விரிக்கப்படுகிறது.



படம் 306. கருப்பையைச் சுரண்டுதல்

தப்பட்டு, கருப்பைச் சுவரிலிருந்து கருப்பொருள் பிரிக்கப்பட்டு அகற்றப்படுகிறது. (படம் 306) கருப்பொருளின் சில பகுதிகள், கருப்பைக் கழுத்துக் கால்வாய் வழியாக வெளித்தெரிகிறது. அவற்றை, கருச்சிதைவு இடுக்கி கொண்டு அகற்ற வேண்டும். பின்னர் ஒரு சிறிய சுரண்டி கொண்டு, கருப்பையின் உள்ளே இருந்த அனைத்தும் அகற்றப்பட்டு விட்டதா என நிச்சயம் செய்ய வேண்டும். புல்லட் இடுக்கியை அகற்றிவிட வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்தின் மேல் அயோடினைப் பூச வேண்டும். இறுதியாக, யோனியிலிருந்து உட்காட்டியை அகற்றிவிட வேண்டும்.

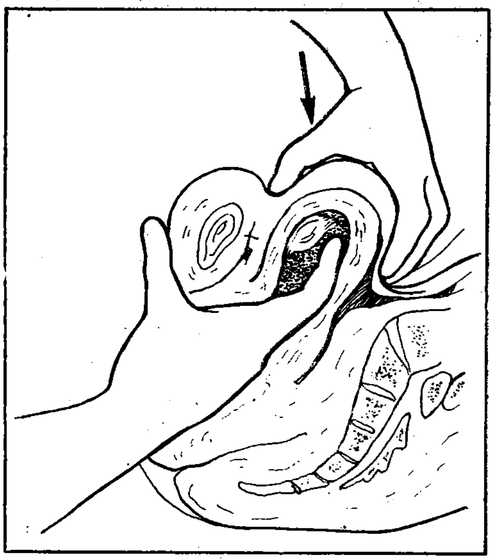
அரைகுறைவான கருச்சிதைவிலும், ஏற்கனவே துவங்கிய கருச்சிதைவிலும் கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாயை விரிப்பது தேவையற்றதாகும். துழாவிய பின்னர், உடனடியாக சுரண்டி விட வேண்டும். (சமீப காலத்தில், காற்றுறிஞ்சி பிடுங்கி, கருச்சிதைவுக்கு பயன்படுத்தப்படுகிறது. கருப்பொருள் சிதைகப்படுகிறது. காற்றுறிஞ்சி மூலம் (சுரண்டாமலேயே) அகற்றப்படுகிறது.

கருவின் வயது 12 வாரங்களுக்கு அதிகமாகி விட்டால், மிக அவசர அவசிய சூழ்நிலையில் தான் செயற்கைமுறை கருச்சிதைவு செய்யப்படுகிறது. காலங் கடந்த பின் கர்ப்பக்கலைப்புக்குக் காரணங்கள் வருமாறு: கர்ப்பத்தால் மோசமடைந்த கர்ப்பிணியின் வியாதிகள், (இருதயம் மற்றும் நுரையீரல்கள், சிறுநீரகங்கள், கல்லீரல் ஆகியவற்றின் வியாதிகள்) நச்சுநிலைகளின் தீவிர வகைகள், இரத்த மிகு அழுத்தம், உள நோய்கள். இறுதி மாதங்களில் கருச்சிதைவு செய்யப்படும் விதம் வருமாறு: 1) யோனி வழியாக சிசேரியன் அறுவை (வயிற்றுவழி கருப்பைத்துளை அபூர்வமாகவே செய்யப்பறுகிறது.) 2) அம்னியான் குழிவினுள் திரவங்களைச் செலுத்துதல். 3) மெட்ரியூரிசிஸ் முறை. (மெட்ரா என்றால் கருப்பை என்றும் யூரினின் என்றால் விரிவாக்கி என்றும் கிரேக்க மொழியில் பொருள். மெட்ரியூரிண்டர் என்னும் பையில் காற்றையோ, தண்ணீரையோ செலுத்தி, அதை கருப்பைக் கழுத்தினுள் நுழைத்து, கருப்பைக் கழுத்தை விரிவடையச் செய்தல். மொ—ர்.)

எஞ்சிய கருப்பொருட்களை அகற்றுதல்

கருப்பைருட்கள் அனைத்தும் முழுமையாக அகற்றப்படாவிடில், எஞ்சியவற்றை விரல் கொண்டு அகற்றி விடலாம். கருப்பைக் கழுத்து நன்கு விரிவடைந்து, ஒன்றிரண்டு விரல்களை அனுமதித்தால கூட, இந்த அறுவை முறையைக் கையாளலாம்.

யோனியினுள் 4 விரல்கள் நுழைக்கப்பட்டு அதில் ஒன்று கருப்பையினுள் நுழைக்கப்படுகிறது. மற்ற கை கொண்டு வயிற்றுச் சுவரின் மூலம் கருப்பைக் கூரையை அமுக்க வேண்டும். உள்ளிருக்கும் விரலால், எஞ்சிய கருப்பொருட்களை அகற்ற வேண்டும். (படம் 307) இதன் பின்னர் கருப்பைக் குழிவை முழுமையாக சோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். ஆயுதம் கொண்டு செய்வதை விட இந்த முறை சிக்கல் வாய்ந்தது. இதில் நோய் தொற்றுக்கு வாய்ப்புகள் உள்ளன. பெரும்பாலான கேசுகளில், சுரண்டல் முறை விரும்பத்தக்கது.



படம் 307. எஞ்சிய கருப்பொருளை ஒரு விரல் கொண்டு அகற்றுதல்

பிறப்புப்பாதையைத் தயார் செய்யும் ஆபரேஷன்கள்

கருப்பைக் கழுத்து உட்கால்வாய், கீழ்வரும் முறைகளால், விரிவாக்கப்படுகிறது: அ) கருவிகள் கொண்டு (விரிக்கிகள் உதவியால்) ஆ) மெட்ரியூரிண்டர் கொண்டு. இ) இடுக்கி கொண்டு சிசுவின் தலையை இடைவிடாது இழுத்துக்

கொண்டிருத்தல். ஈ) விரல்களால் உ) கருப்பைக்கழுத்தை கீறுவது மூலம்.

விரிக்கிகள் உபயோகித்தல்

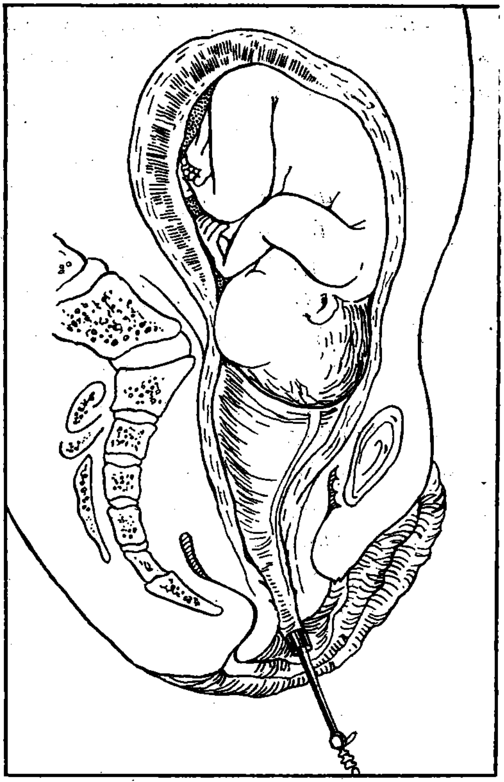
செயற்கை முறை கருச்சிதைவின் போது, கருப்பைக்கழுத்து உட்கால் வாயை விரிவுபடுத்த உலோக விரிக்கிகள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பிரசவத்தின் போது மெட்ரியூரிண்டரை நுழைப்பதற்கு முன் விரிக்கிகளைப் பயன்படுத்த வேண்டும். எண் 18 அல்லது 19 விரிக்கிகளை உபயோகிக்கலாம்

மெட்ரியூரிசிஸ்

மெட்ரியூரிசிஸ் என்ற செயல் முறையில் மெட்ரியூரிண்டர் எனப்படும் இரப்பர்பை (ஊரிஸ்பை) கருப்பைக் குழிவினுள் செலுத்தப்படுகிறது. இதனால் படிப்படியாக, கருப்பைக்கழுத்து உட்கால்வாய், விரிவடைகிறது.

மெட்ரியூரிசிஸுக்கு அவசியமான நிலைகள்: மருத்துவக் காரணங்கள் கொண்டு செய்யப்படும் காலந்தாழ்த்திய செயற்கை முறை கருச்சிதைவு, முதல் வகை கருப்பை மந்தம், ஓரமான பக்கவாட்டு, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, குறுக்கு உதயத்தில், முன்கூட்டியே பனிநீர் வெளிப்படல், ஓரளவு விரிவடைந்த கருப்பைக்கழுத்து வழியாக தொப்பூழ் கொடியின் பிதுக்கம்; (மீண்டும் தொப்பூழ்கொடி பிதுக்கமடையாமல் இருக்க)

மெட்ரியூரிசுக்கு தேவையானவை. இரண்டு விரல்கள் உள்நுழையும் நிலையில் கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைந்திருக்க வேண்டும். (கருப்பைக்கழுத்து மூடியிருந்தால் விரிக்கிகள் எண் 18,19ஐ உபயோகிக்க வேண்டும்) நோய் தொற்றின் அறிகுறிகள் இல்லாமல் இருக்க வேண்டும்.



படம் 308. கருப்பையினுள் மெட்ரியூரிண்டர்

தேவையான கருவிகள். யோனி உட்காட்டி, மேல்தூக்கிகள், புல்லட் இடுக்கிகள் (2—3); வளைந்த இடுக்கிகள் (2—3), ஒரு சிரிஞ்சு, 200 மி.லி. 1) பிடிப்பான்கள் (2—3), கருப்பைக் கழுத்து மூடியிருந்தால், விரிக்கிகள் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்.

செய்முறை:—ஒரு மெட்ரியூரிண்டரை தண்ணீரால் நிரப்பி, ஒழுகுகிறதா எனப்பரிசோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். பையைக்காலி செய்துவிட்டு அதை ஒரு சுருட்டு போல் சுருட்டி.

வளைந்த ஒரு இடுக்கியில் அதைப்பிடித்துக் கொள்ள வேண்டும். உட்காட்டியை யோனிக்குள் செலுத்தி, கருப்பைக்கழுத்தை, புல்லட் இடுக்கியால் பற்றிக் கொள்ள வேண்டும். சுருட்டி வைக்கப்பட்ட மெற்றியூரிண்டர் உள்ளே நுழையும் அளவு கருப்பைக் கழுத்து விரிந்திருந்தால், இருக்கி கொண்டு, அதைக் கருப்பைக்குழியினுள் செலுத்த வேண்டும். கருப்பைக்கழுத்து மூடியிருந்தால், அதை முதலில் விரிவடையச் செய்ய வேண்டும். கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி இருக்கும் போது, முதலில் பனிக்குடத்தை உடைத்து விட்டு, மெட்ரியூரிண்டரை உட்செலுத்த வேண்டும்.

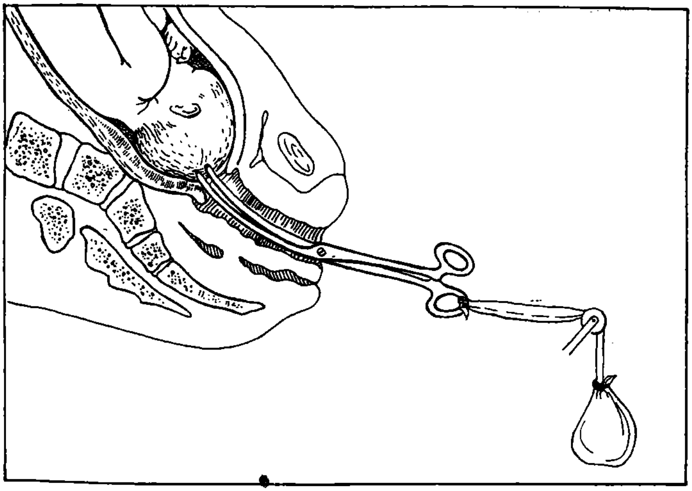
உட்துவாரத்தைத் தாண்டி, மெட்ரியூரின்டர், உட்சென்று விட்டால், இடுக்கியை அகற்றி விட வேண்டும். மெட்ரியூரிண்டரை, ஒரு பெரிய சிரிஞ்சு கொண்டு, உடல் இயக்கியல் உப்பு நீர் கரையத்தால், நிரப்ப வேண்டும். (படம் 308) மெட்ரியூரிண்டரை நிரப்பிய பின்னர், அதன் காம்பை, இறுகப்பற்ற வேண்டும். பின்னர் ஒரு எடையை (200—400 கிராம்) (ஒரு உருளை கொண்டு) தொங்க விட வேண்டும்.

மெட்ரியூரிண்டர் கருப்பைச் சுருக்கங்களை ஊக்குவித்து, கருப்பைக்கழுத்து விரிக்கியாக பயன்படுகிறது. மெட்ரியூரிண்டர் தானாகவே வெளி வந்து விடுகிறது; அல்லது 6—8 மணி நேரங்களுக்குப் பிறகு அகற்றப்படுகிறது. (எனினும் 10 மணி நேரங்களுக்கு மேல், அது கருப்பையினுள் இருக்கக் கூடாது.)

கபால சரும இடுக்கியைப் பயன்படுத்துதல்.

இதற்கென அமைக்கப்பட்ட இடுக்கியால் சிசுத்தலையின் சருமத்தைப் பிடிக்க வேண்டும். ஒரு சிறிய எடை கொண்டு, உருளையின் கைப்பிடியில் பொறுத்தி, இழுக்க வேண்டும். (எடை 200—400 கிராம்.) (படம் 309) இடைவிடாது இழுத்தல்ா, கருப்பைக்கழுத்து விரிவடைகிறது.

இம்முறை கையாளப்பட வேண்டிய நிலைகள்: உணிர்வாழ இயலாத சிசுவைக் கொண்ட நீடித்த பிரசவம், ஓரளவாக கீழ்நிலையிலுள்ள நச்சுக்கொடி, முதிராசிசு. இரண்டு விரல்கள் உள் நுழையும் நிலையில் கருப்பைக்கழுத்து விரி



படம் 309. தலையைப் பற்றி இழுத்தல்

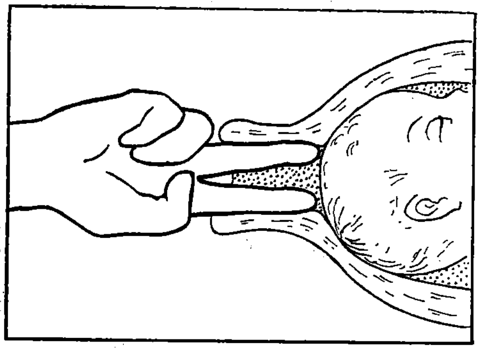
வடைந்திருந்தால், இடுக்கியைப் பயன் படுத்தலாம்.

கபாலசரும இடுக்கியும், மெட்ரியூரிண்டரும் சமீப காலங்களில் அபூர்வமாகவே பயன்படுத்தப்படுகிறது.

விரல்களின் உதவியால் கருப்பைக் கழுத்தை விரிவடையச் செய்தல்.

கருப்பைக்கழுத்து விறைப்பாக இருந்து, பிரசவமும் துரிதமடைந்தால், இந்த முறையைக் கையாளலாம். இரண்டு விரல்களை அனுமதிக்கும் அளவுக்கு கருப்பைக்கழுத்து விரிவடைந்திருந்தால் இந்த முறையைக் கையாளலாம்.

செய்முறை: யோனியினுள் கை நுழைக்கப்படுகிறது. ஆள்காட்டி விதலும் மத்திய விரலும் கருப்பைக்கழுத்தினுள் செலுத்தப்படுகிறது. (படம் 310) கருப்பைக்கழுத்தை, மிகவும் கவனமாக, இரண்டு விரல்கள் கொண்டு விரிவடையச் செய்ய வேண்டும். முடிந்தால் 3வது நான்காவது விரல்களையும், உள்நுழைக்க வேண்டும். (முழுமையாக விரிவடையச் செய்ய, 5வது விரலையும் உள் நுழைக்க வேண்டும்.)

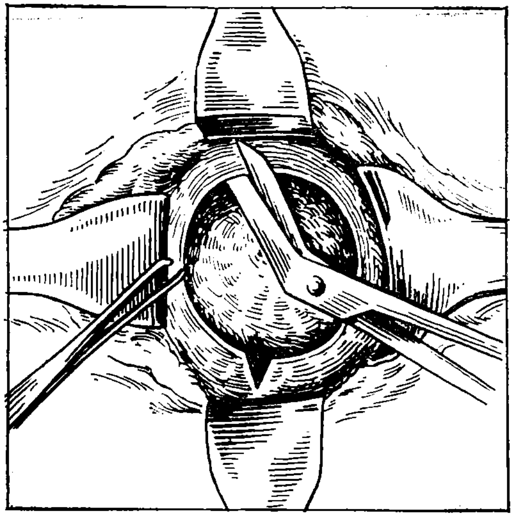


படம் 310. கருப்பைக் கழுத்து உட்கால் வாயை விரல்களின் உதவியால் விரிவடையச் செய்தல்

பார்ப்பதற்கு எளிய முறையாகத் தெரிந்தாலும், இந்த செயல் முறையில் வெற்றி கிடைப்பதில்லை. கருப்பைக்கழுத்து விறைப்பாக இருந்து, துவாரத்தைத் திறக்க முடியாவிடில், விரல்கள் எளிதில் களைப்படைந்து விடுகின்றன. விரல்களை வெளியே எடுத்தவுடன், விரிவடைந்தகருப்பைக் கழுத்து மீண்டும் சுருங்கி விடுகிறது.

கருப்பைக்கழுத்தை கீறிவிடல் (ஹிஸ்டராஸ்டோமாடமி)

கருப்பைக்கழுத்து விறைப்பாக இருந்தால் அல்லது விரல்களால் முழுமையாக விரிவடையச் செய்ய முடியாவிடில் அல்லது மருந்துகள் (புரோமிடால், கருப்பைக்கழுத்தினுள் புரோகைன் ஹைட்ரோகுளோரைடைச் செலுத்தல் பலனளிக்கத் தவறிவிட்டால், கருப்பைக்கழுத்து, கீறிவிடப்படுகிறது. மற்றும் சில ஆபரேஷன்களுக்கு முன்பாகவும் இந்த முறை கையாளப்படுகிறது. கருப்பைக்கழுத்துக்கீறலுக்கு, முழுமையாக உருமறைதல் அவசியமாகிறது அகலமாக யோனி உட்காட்டி மூலமும், மேல்தூக்கிகள் மூலமும், கருப்பைக்கழுத்துத்துவாரம் வெளிக்காட்டப்படுகிறது. அதன் விளிம்புகள், புல்லட் இடுக்கியால் பற்றப்படுகின்றன. மழுங்கலான, வளைந்த கத்திரிப்பான்களால், இரண்டு பக்கவாட்டு கீறல்கள் இடப்படுகின்றன. (அல்லது நான்கு கீறல்கள், இரண்டு முன்புற பக்கவாட்டு, இரண்டு பின்புற பக்கவாட்டுக் கீறல்கள்) கீறலின் ஆழம் 1 செ.மீ.-க்கு அதிகமாக இருக்க கூடாது. (படம் 311)

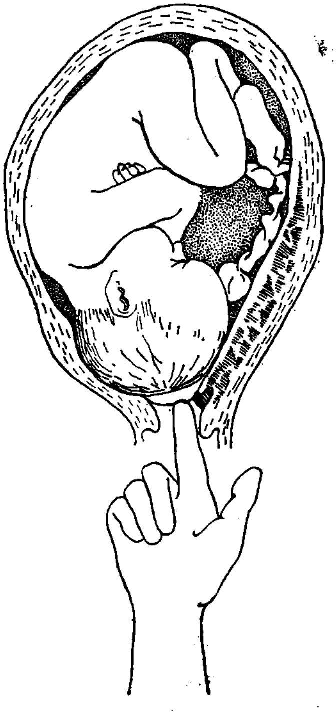


படம் 311. கருப்பைக் கழுத்தைக் கீறி விடல்

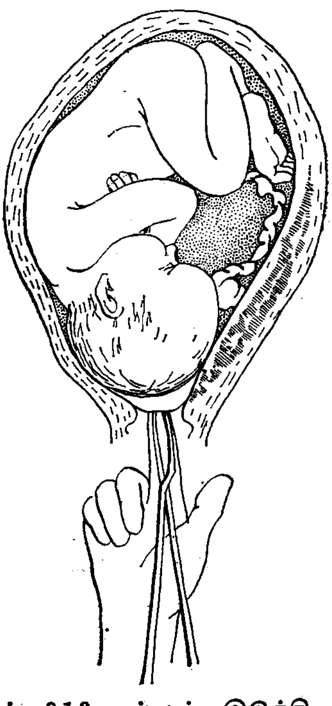
செயற்கை முறையில் பனிக்குடத்தை கிழித்தல்

அவசிய நிலைகள்: பனிக்குடம், காலந் தாழ்த்தி தானாகவே கிழிதல்; தட்டையான பனிக்குடம், ஓரளவான கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, மிகுநீர்பனிக்குடம், கர்ப்ப கால நச்சுநிலை, ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட கர்ப்பத்தில், இரட்டையரில் 2வது சிசு வெளிப்படுவதில் காலதாமதம் (இரண்டாவது சிசுவின் பனிக்குடம் உடையாமலிருத்தல்);

செயல் முறை, மிகவும் எளிது. ஆள்காட்டி விரல் (அல்லது ஆள்காட்டி விரலும் மூன்றாவது விரலும்) யோனியினுள் நுழைக்கப்படுகிறது. கருப்பைச் சுருக்கங்களின் போது, விறைப்பான படலங்கள் கிழிக்கப்படுகின்றன. (படம்



படம் 312. விரல்கொண்டு பனிக்குடத்தை உடைத்தல்



படம் 313. புல்லட் இடுக்கி கொண்டு பனிக்குடத்தை உடைத்தல்

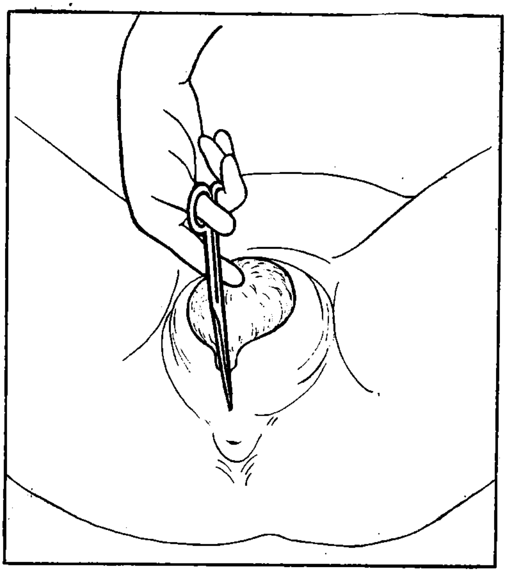
30*

312) இது தவறி விட்டால், புல்லட் இடுக்கியை உபயோகிக்கலாம் (படம் 313). கருவி கொண்டு பனிக்குடத்தை உடைப்பதை, உட்காட்டி உதவியால் நேரில் பார்த்துக் கட்டுப்படுத்த வேண்டும் அல்லது தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். தொட்டுத் தெரிந்து கொள்ளும் போது, உள்ளிருக்கும் விரல்கள் வழியாக கருவி உள்நுழைக்கப்பட்டு பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது.

பனிக்குடம், பொதுதாக அதன் மத்தியில் கிழிக்கப்படுகிறது. மிகுநீர் பனிக்குடத்தில், கருப்பைக்கழுத்து விளிம்பின் மேலாக, பனிக்குடம் கீறப்படுவதால், அம்னியா திரவம் படிப்படியாக வெளியேறுகிறது. இதனால் தொப்பூழ்கொடியோ, சிசுவின் சிறிய பகுதிகளோ பிதுக்கமடைவது தவிர்க்கப்படுகிறது. பனிக்குடத்தை உடைப்பவரின் கை, யோனிக்குள்ளேயே இருப்பதால், பனிநீர் தடீரென்று வெளிப்படுவது தடை செய்யப்படுகிறது.

விடபக்கீறல்

விடபம் கிழிபடும் அபாய நிலை இருந்தால் (மிகையாக விரிவடைந்து, நலிந்து விடபம் வெண்மையடைந்தால்) அல்லது சிசுவின் (தலை வெளிப்படும் போது) மூச்சுத் திணறல் இருந்தால், விடபத்தைக் கீறிவிட வேண்டும். டிங்க்சர் அயோடின் கொண்டு விடபத்தைச் சுத்தம் செய்த பின்னர், மழுங்கலான கத்திரி கொண்டு, விடபத்தைக் கீறி விட வேண்டும். பேரிதழின் பின் பகுதிக்கும் தலைக்கும் இடையிலுள்ள பகுதியில் வரலைச் செலுத்த அதன் வழியாக கத்திரியின் ஒரு கையைச் செலுத்தி, விடபத்தின் மத்திய கோட்டில் 2—3 செ.மீ. நீளத்திற்கு கீற வேண்டும் (படம் 314).



படம் 314. விடபக் கீறல்

அல்குல் கீறல்: பிறப்புறுப்புப் பிளவை விரிவுபடுத்த, அல்குல் வளையத்தின் மீது போடப்படும் கீறல் பக்கவாட்டில் இருக்கிறது. விடபக்கீறலை விட, அல்குல்கீறல் குறைவாகவே, தற்காலத்தில் கையாளப்படுகிறது. இஸ்கியபுடைப்பின் திசையில், பேரிதழின் பின் இணைப்பிலிருந்து 2—3 செ.மீ.தூரத்தில், திசுக்கள் கீறப்படுகின்றன. கீறலின் நீளம் 2செ.மீ. ஆகும் (படம் 315). விடபக்கிழிசல்களைப் போன்றே, இந்தக் கீறலும் செப்பனிடப்படுகிறது.

மகப்பேறு சுழற்சி

சிசுவின் கிடையை வசதியான (நீளவாட்ட) நிலைக்கு மற்றும் செயல் முறையே மகப்பேறு சுழற்சி எனப்படுகிறது. (என்.எம். ஃபிளெமனோவ்)

கீழ்க்கண்ட மகப்பேறு சுழற்சிகள் பிரித்தறியப்படுகின்றன: — புறசுழற்சி,

கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்த நிலையில் உட்சுழற்சி; கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடையாத போது உட்சுழற்சி; (பிரக்ஸ்டன் ஹிக்சின் சுழற்சி)

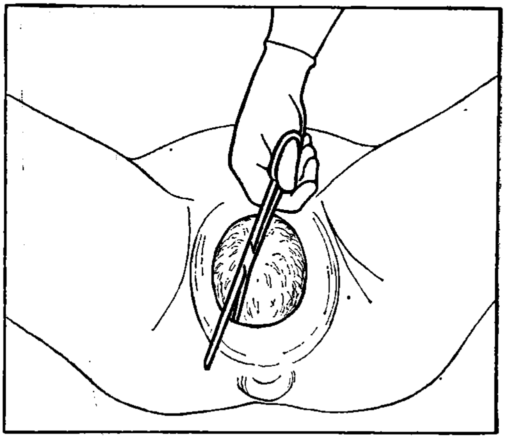
புறசுழற்சி

சிசுவின் குறுக்கு அல்லது சாய்வுத் தோற்றத்தின் போது, புறசுழற்சி கையாளப்படுகிறது. சில மகப்பேறு நிபுணர்கள் (பி.ஏ. அர்க்கேங்கல்ஸ்கி, எம்.பி.டிரப்கோவிச், எம்.ஏ. கோலோசோவ் மற்றும் பலர்) குண்டித் தோற்றத்தின் போதும், புறசுழற்சியைக் கையாள வேண்டும் எனக் கருதுகின்றனர்.

1) **குறுக்கு, சாய்வுத் தோற்றங்களில் புறசுழற்சி.** *கர்ப்பமடைந்த 35வது வாரத்திற்குப் பின்னர், மகப்பேறு மருத்துவ மனையில் சுழற்சியைக் கையாள வேண்டும்.*

புறசுழற்சிக்கான **அவசிய அம்சங்களாவன:** *நன்கு நகரும் தன்மை கொண்ட சிசு (பனித்திரவம் வெளிப்படாமல் இருக்க வேண்டும்); சமாளிக்கப்படக் கூடிய வயிற்றுச் சுவர்; சகஜமான அளவும் அமைப்பும் கொண்ட தாயின் கூபகம்; தாய், சேயின் நல்ல உடல் நலம்.*

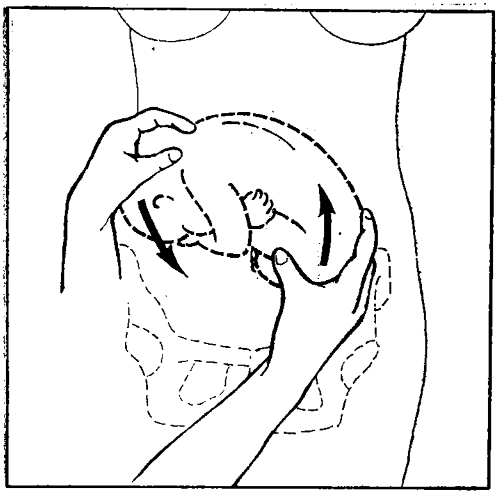
புறசுழற்சியின் மூலம், சிசுவின் தலை கீழே கொண்டு வரப்படுகிறது. சாய்வுத் தோற்றங்கள், வெளிப்புற செயல் முறை எதுவுமின்றியே, சீர்செய்யப்பட முடியும்:—நோயாளி, ஒரு புறமாகப் படுக்கப் பணிக்கப்படுகிறார். (சிசுவின் தோன்றும்பெரியப்பகுதியைப்பொறுத்து இது அமைகிறது) இது பலனளிக்காவிடில், சிசு, வெளியிலிருந்து திருப்பபடுகிறது. கூபக நுழைவாயிலில் தலை அமைந்திருந்தால், சிசுவின் தலை கீழே கொண்டு வரப்படுகிறது. சிசுவின் குண்டிப்பகுதி கூபகநுழைவாயிலில் இருந்தால், அதன் பாதப்பகுதி கொண்டு, சிசு திருப்பப்படுகிறது.



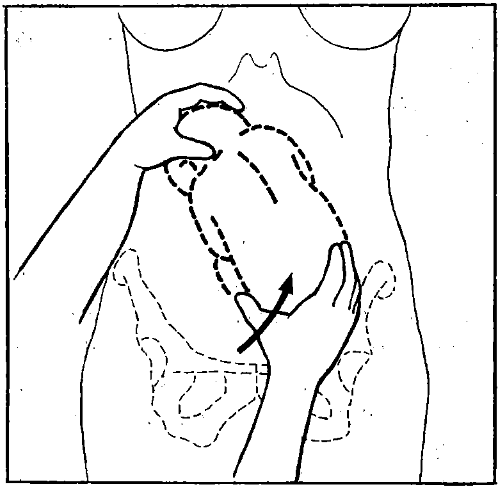
படம் 315. அல்குல் கீறல்

செய்முறை: *கர்ப்பிணிக்கு 1மி.லி. 1% மார்ஃபின் கரையம்கொடுக்கப்படுகிறது. முழுமையாக சிறுநீரை வெளியேற்றி விட்டு, நோயாளி, ஒரு திடமான படுக்கையில், படுக்க வேண்டும். பெண் தனது கால்களை மடக்கிக் கொள்கிறாள். டாக்டர், அவளது வலது பக்கத்தில் அமர்ந்து கொள்கிறார். டாக்டரின் ஒரு கை, சிசுத்தலையின் மீது இருக்கிறது. மற்றொரு கை, சிசுவின் குண்டிகளின் மீது இருக்கிறது. கவனமான செயல் முறைகள் மூலம், தலை கூபக நுழைவாயில் பக்கமாக நகர்த்தப்படுகிறது. குண்டி, கருப்பையின் உச்சிப்பக்கமாக நகர்த்தப்படுகிறது. (படம் 316) சிசுவின் குண்டி, தாயின் கூபத்தின் பக்கமாக திருப்பப்பட்டால், தலை கருப்பையின் உச்சிக்குக் கொண்டு வரப்பட வேண்டும்.*

சிசுவை நீளவாட்டு நிலைக்குத் திருப்பிய பின்னர், மீண்டும் தவறான தோற்றத்திற்கு மாறி விடுவதைத்



படம் 316. குறுக்குத் தோற்றத்தில் புற சுழற்சி



படம் 317. குண்டித் தோற்றத்தில் புற சுழற்சி

தடுக்க வழிகள் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும். இதற்கு, இரண்டு திண்டுகள், (சுருட்டப்பட்ட படுக்கை விரிப்புகள்) சிசுவின் பக்கங்களில் வைக்கப்படுகின்றன. (அதன் முதுகும் சிறிய பகுதிகளும் வயிற்றின் மீதும், மார்பின் மீதும் மடங்கி இருக்கின்றன) தாயின் வயிற்றை அதிகமாக அமுக்காமல், இந்த நிலையில் கட்டுப்போட்டு விட வேண்டும்.

2) குண்டித் தோற்றத்திலிருந்து, சிசுவின் தலையை தாயின் கூபகத்தினுள் கொண்டு வருவதற்கான, முன்காப்பு புற அழற்சி.

பி.ஏ. அர்க்காங்கெல்ஸ்கியின் கூற்றுப்படி, இந்த சுழற்சி, மரித்தபிறப்பு விகிதத்தைக் குறைக்க உதவுகிறது. ஆகவே, கர்ப்பத்தின் போது, இது செய்யப்பட வேண்டும் என பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

மகப்பேறு நிபுணர்களின் கருத்துப்படி, குண்டித்தோற்றத்தின் போது தானாகவே பிரசவம் நடைபெற அனுமதிக்க வேண்டும். குண்டித்தோற்றம் இருந்தால் கட்டாயமாக சுழற்சி செய்ய வேண்டும் என்றில்லை.

குறுக்குத் தோற்றத்திலிருந்து சுழற்சி செய்வது போல், குண்டித்தோற்றத்திலிருந்து தலைத் தோற்றத்திற்கு மாற்ற சுழற்சி கையாளப்பட வேண்டும்.

புறசுழற்சியைக் கையாளு முன்னர், எல்லா பாதக அம்சங்களையும் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும். இவையாவன:—முந்தைய குறைப்பிரசவமும், மரித்த பிறப்புகளும், வயிற்றுச்சுவரிலும், கருப்பையிலும் காணப்படும் அறுவைக்குப் பின்னான தளும்புத்திசுக்கள்; தற்போதைய கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலையும், குருதிப்பெருக்கும்; கருப்பையின் அசாதாரண வளர்ச்சிகளும், அதன் கட்டிகளும்.

மகப்பேறு மருத்துவமனையில் 35—36 வரை கர்ப்பத்தின் போது, குண்டித் தோற்றத்திலிருந்து புற சுழற்சி செய்யப்பட வேண்டும். குறுக்குத் தோற்றத்தின் போது செய்யப்படும் சுழற்சி

போன்றே இதன் செயல்முறையும் இருக்கும். ஒரே மாற்றம் என்னவெனில் குறுக்குத் தோற்றத்தில் சிசு 90° திருப்பப்படுகிறது. குண்டித் தோற்றத்தில் 180° திருப்பப்படுகிறது.

சிசுவின் குண்டிகள் கருப்பையின் கூரைப்பக்கமாகத் திருப்பப்படுகின்றன. (சிசுவின் முதுகுதிசையில்) தலை தாயின் கூபகப்பக்கமாகத் திருப்பப்படுகிறது. (சிசுவின் வயிற்றுச் சுவர் திசையில் திருப்பப்படுகிறது.) (படம் 317)

முன்மாதிரியான பாதசுழற்சி

இங்கு, கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடைந்துள்ளது.

பாத சுழற்சி செய்ய வேண்டிய கட்டங்கள்:— 1) குறுக்குத் தோற்றம் (புற சுழற்சி பலனளிக்காவிடில்). 2) பாதகமான தோற்றமும், இணை நிலை இன்மையும் (புருவ உதயம், பின்புற முகத்தோற்றம், பின்புற இணைநிலை இன்மை.) 3) தலைத் தோற்றத்தின் போது தொப்பூழ்கொடியும், சிசுவின் சிறிய பாகங்களும் பிதுக்கமடைதல். 4) தாயையும் சேயையும் பாதிக்கும் சிக்கல்களும் நோய்களும். (முன்கூட்டியே பிரியும் நச்சுக்கொடி இன்னபிற.)

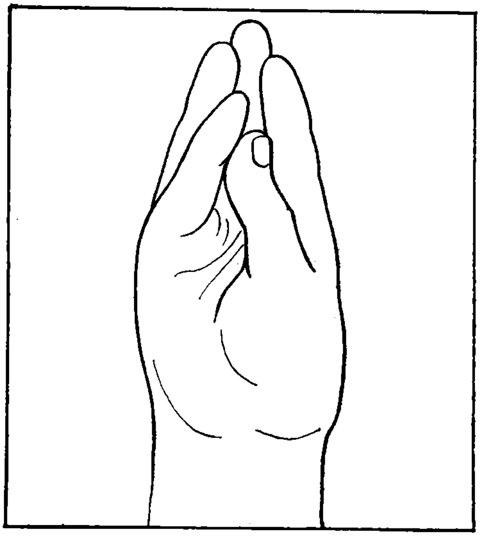
பாதசுழற்சிக்குத் தேவையான அம்சங்கள்: 1) கருப்பைக்கழுத்தின் முழுமையான விரிவடைவு 2) உடையாத பனிக்குடம் அல்லது அண்மையில் பனித் திரவம் வெளிப்பட்டிருப்பது 3) கருப்பையினுள் தாராளமாக அசைந்து கொண்டிருக்கும் சிசு 4) கபால—கூபக முரண்பாடு இன்மை. (மிகவும் குறுகிய கூபகம் இல்லாமை.)

செயல் முறை: இதில் கீழ்க்கண்ட வழிகள் உள்ளன:—அறுவையாளரின் கையை யோனிக்குள் நுழைத்தல், காலை அடையாளம் கண்டு கொள்ளுதல்; காலைப்பற்றுதல்; சுழற்சி.

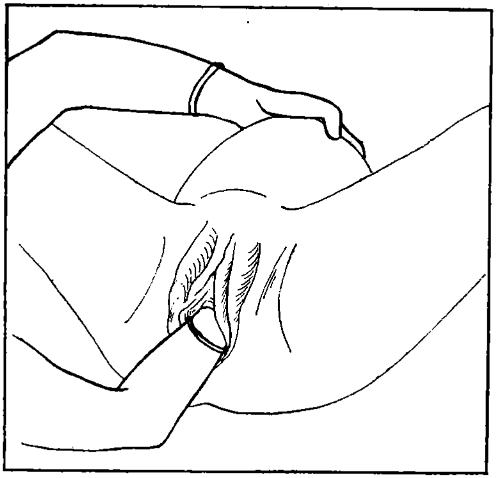
இந்த முறையைப் பின்பற்றும் முன்னர், மீண்டும் மீண்டும் புற மற்றும் யோனிப் பரிசோதனை செய்யப்பட வேண்டும். இதன் மூலம் கீழ்க்கண்டவைகளை நிர்ணயிக்கலாம்:—சிசுவின் உதயமும், நிலையும், கருப்பைக்கழுத்து விரிவின் அளவு, மற்றும் பல முக்கியமான அம்சங்கள்.

அறுவையாளரின் கையை உள்ளே நுழைத்தல். கருப்பையினுள் வலது கையைச் செலுத்துவதே நல்லது; சில டாக்டர்கள், இடது கையைப் பயன்படுத்துகின்றனர். எந்தக் கையை உள்ளே நுழைக்க வேண்டும் என்பதற்கான நியதிகளை, எம்.எஸ். மாலினோவ்ஸ்கி உண்டாக்கினர்: சிசுவை குறுக்குத் தோற்றத்திலிருந்து நீளவாட்டத் தோற்றத்திற்கு திருப்ப வேண்டுமானால், சிசுவின் கூபகப்பகுதிக்கு ஏற்றது போல் கை இருக்க வேண்டும். (சிசு இடது நிலையிலிருந்தால் இடது கையும், வலது நிலையில் இருந்தால் வலது கையும்.) சிசு, நீளவாட்டுத் தோற்றத்தில் இருந்தால், சிசுவின் சிறிய பகுதிகளுக்கு ஏற்றாற்போல் கை இருக்க வேண்டும். (இடது நிலையில் இருந்தால் இடது கையும், வலது நிலையில் இருந்தால் வலது கையும்.)

வெளியே உள்ள கை கொண்டு, பிறப்புப் பிளவைத் திறக்க வேண்டும். சுத்தமான வாசலைன் எண்ணையைப் பூசி, கூம்பு வடிவத்துடன் கையை யோனிக்குள் செலுத்த வேண்டும். (படம் 318) கருப்பைக் கழுத்தின் பக்கமாகச் செலுத்த வேண்டும். (கையின் பின்புறம், திரிகத்தைப் பார்த்து இருக்க வேண்டும்.) கைகள், கருப்பைக்கழுத்தின் துவாரத்தை அடைந்தவுடன், வெளியேயுள்ள கையை, கருப்பைக்கூ



படம் 318. மகப்பேறு நிபுணரின்கை



படம் 319. கருப்பையினுள் கையைச் செலுத்துதல்

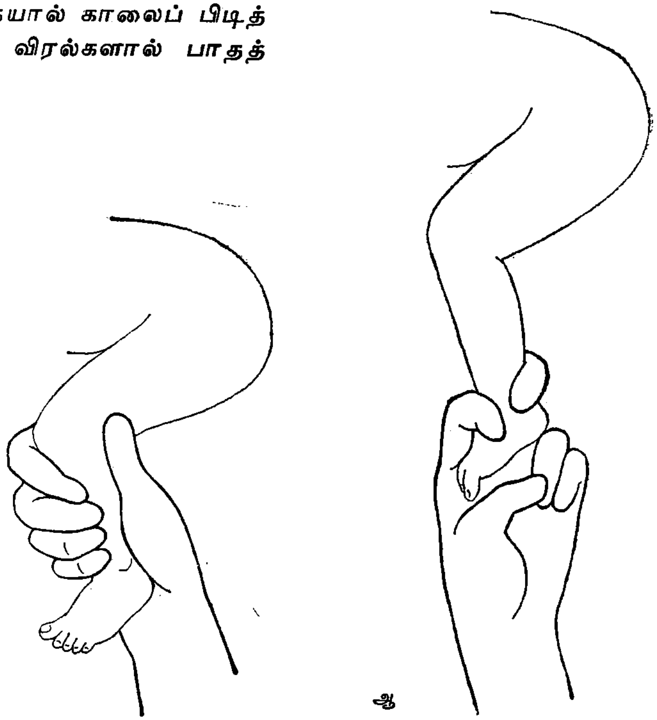
ரையின் மேல் வைக்க வேண்டும். (படம் 319) பனிக்குடம் கிழிக்கப்படுகிறது; கருப்பையின் உள்ளே, கை நுழைகிறது. தலை உதயமாகிக் கொண்டிருந்தால், அதை சிசுவின் முதுகு நோக்கித் தள்ள வேண்டும்.

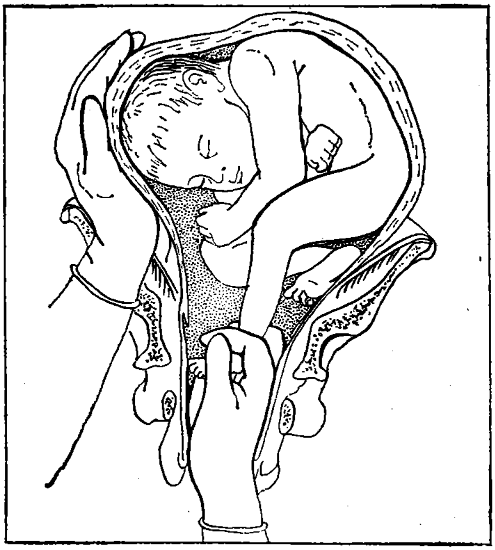
பாதத்தைத்தெரிந்து கொள்ளுதல். தாயின் வயிற்றுச் சுவரின் அருகே இருக்கும் காலைக் கண்டுபிடித்து, நீளவாட்டுத் தோற்றத்திலிருந்து திருப்ப வேண்டும். சிசுவின் நிலையைப் பொறுத்து, குறுக்குத் தோற்றத்தில் எந்தக் காலை பற்ற வேண்டும், எனத் தீர்மானிக்க வேண்டும். முன்புறத் தோற்றத்தில் கீழேயுள்ள காலையும், பின்புறத் தோற்றத்தில் மேலேயுள்ள காலையும் பற்ற வேண்டும். காலைத் தெரிந்து கொள்ள, கையால் முதலில் சிசுவின் பக்கத்தைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். சிசுவின் அக்குளிலிருந்து கூபகம் வரை சென்று பின்னர் தொடையை அடைந்து காலை பிடிக்க வேண்டும். வெளியேயுள்ள கை கொண்டு, சிசுவின் கூபகப்பகுதியை, உள்ளேயிருக்கும் கைப்பக்கமாகத் தள்ள வேண்டும்.

பாதத்தைப் பிடித்தல். இதை, இரண்டு வழிகளில் செய்யலாம். 1) காலின் முன்பகுதியில் நான்கு விரல்களை வைத்து, கூட்டை விரலை, தவளைச் சதை மீது வைத்து, முழுங்கால் பின்பள்ளத்தை அடைய வேண்டும். (படம் 320 அ) 2) ஆள்காட்டி விரலும், நடுவிரலும் கணுக்கால் புடைப்பைப் பற்ற வேண்டும். (படம் 320 ஆ) அதே போது கட்டை விரல், பாதத்தைத் தாங்குகிறது. எனினும் முதலாவது கூறப்பட்ட முறை, நம்பகமானது.

சுழற்சி (திருப்பம்): சிசுவின் காலை பலமாகப் பற்றிய பின், வெளியேயுள்ள கை, கருப்பைக் கூரை நோக்கி, அதாவது சிசுவின் தலையை நோக்கி மேற்புறமாக நகருகிறது. இந்தச் செயல் முறையின் போது, உள்ளேயுள்ள கை கொண்டு, காலை, யோனிக்கு வெளியே இழுக்க வேண்டும். (படம் 321) பிறப்புறுப்புப் பிளவிலிருந்து, முழுங்கால் வரை கால் வெளியேற்றப்பட்டு

படம் 320. அ) கையால் காலைப் பிடித்தல் ஆ) இரண்டு விரல்களால் பாதத்தைப் பிடித்தல்



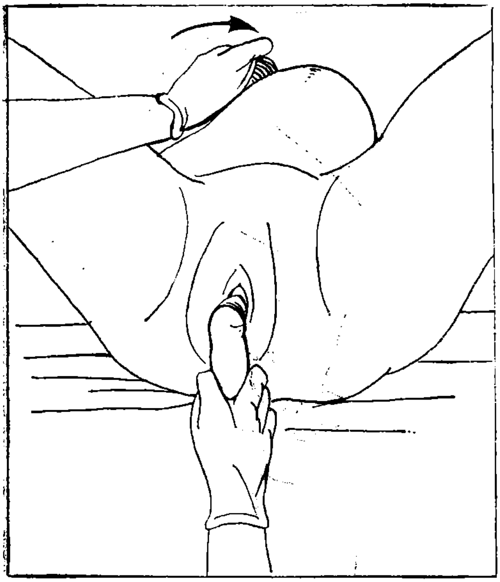


படம் 321. பாத சுழற்சி (திருப்பம்).

விட்டால், சுழற்சி முடிவடைந்து விட்டது எனக் கொள்ளலாம். (படம் 322) சிசு, நீளவாட்டு நிலையில் உள்ளது என்பதை இது, சுட்டிக்காட்டுகிறது.

குறுக்குத் தோற்றத்தில், பனித்திரவம் வெளிப்படும் போது, கையும் பிதுக்கமடைகிறது. பிதுக்கமடைந்த கையை ஒன்றும் செய்யாமல், ஒரு சுத்தமான வலைத்துணி கொண்டு மெதுவாக, பூப்பிணைப்பு நோக்கி இழுக்க வேண்டும். சிசுவைத் திருப்பியவுடன், கை தானாகவே பின் வாங்குகிறது. சிசுவின் திருப்பத்தின் போது, மூச்சுத்திணறல் தோன்றுவது சகஜமே. ஆகவே, சுழற்சிக்குப் பின்னர் தான், காலை வெளியேற்ற வேண்டும்.

அபூர்வமான கேசுகளில், டாக்டரைக் கூப்பிட முடியாத போது அல்லது நோயாளியை மருத்துவமனைக்கு



படம் 322. சுழற்சி முழுமையடைந்து விட்டது. முழங்கால் வரை கால் வெளி வந்து விட்டது.

அனுப்ப முடியாத போது, உணர்வு நீக்கம் இன்றியே, மகப்பேறு உதவியாளர், சுழற்சியைக் கையாளலாம். நோயாளிக்கு 1மி.லி. 0.1% அட்ரோபின் சல்பேட் கரையமும், 1மி.லி. 1% பாபாவெரைன் கரையமும் கொடுக்கப்பட வேண்டும். கருப்பைச் சுருக்கங்களின் இடைவேளையின் போது, எல்லா செயல் முறைகளும் கையாளப்பட வேண்டும்.

கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடையாத போது பாத சுழற்சி பிரக்ஸ்டன் ஹிக்சின் சுழற்சி)

அசாதாரணப் பிரசவத்தின் போது, கீழ்க்கண்ட கட்டங்களில், உட்புறசுழற்சி (திருப்பம்) கையாளப்பட வேண்டும்.

1) கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி. கீழ்நோக்கிச் செல்லும் சிசுவின் கூபகம், கூபகச் சுவருக்கு எதிராக நச்சுக்கொடியை நசுக்கி, குருதிப்பெருக்கைத் தடை செய்கிறது. எனினும் இந்த முறை சிக்கலானது. பெரும்பாலான கேசுகளில் சிசு மரணமடைகிறது. கருப்பைக்கழுத்துக்கு சேதம் விளையக்கூடிய வாய்ப்புகளும் அதிகம். ஆகவே, கீழ்நிலை நச்சுக்கொடிக்கு, மற்ற அறுவை முறைகளைக் கையாள வேண்டும். (பிரிவு 20 பார்க்கவும்.) முதிராத சிசுமரித்து விட்டால், கருப்பைக்கழுத்து முழுமையாக விரிவடையா விட்டால் கூட, சிசுவின் திருப்பத்தைக் (சுழற்சியை) கையாளலாம்.

2) முதிராத மரித்த சிசுவும், முன் கூட்டியே அம்னியா திரவம் வெளிப்பட்ட போதும், குறுக்கு (சாய்வு) தோற்றத்தின் போது உட்புற சுழற்சியைக் கையாளலாம்.

தேவையான அம்சங்கள்: 1) இரண்டு விரல்களையாவது, அனுமதிக்கும் அளவுக்கு கருப்பைக் கழுத்து விரிவடைந்திருக்க வேண்டும். 2) சிசு, எளிதில் நகரக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். (பனிக்குடம் உடையாதிருக்க வேண்டும் அல்லது சமீபத்தில் தான் நீர் வெளியேறி இருக்க வேண்டும். 3) கூபகம், மிகவும் குறுகலாக இருக்கக் கூடாது. 4) பிறப்பு துரிதமாக இருக்க வேண்டும் என்ற நிலை இருக்கக் கூடாது.

செய்முறை: வாசலைன் எண்ணை தடவிய, மகப்பேறு உதவியாளரின் கூம்பு போன்ற கையை யோனிக்குள் நுழைத்து, ஆள் காட்டி விரலையும், மூன்றாவது விரலையும், கருப்பைக் கழுத்தினுள் நுழைக்க வேண்டும். பனிக்குடம் உடைக்கப்படுகிறது; (தலைத் தோற்றத்தில்) தலை, தள்ளப்படுகிறது வெளியேயுள்ள கையை, கருப்பைக் கூரையின் மீது வைக்க வேண்டும். எஞ்

சியுள்ள செயல் முறைகள் அனைத்தும் இரு கைகளாலேயே வெளியேயுள்ள கை கொண்டு, சிசுவின் கூபகத்தை, உள்ளேயிருக்கும் கையின் விரல்கள் நோக்கி, தள்ள வேண்டும். இரண்டு விரல்களும் காலைப் (கணுக்கால் புடைப்பால்) பற்ற வேண்டும். (படம் 323ல் காட்டியபடி) வெளியேயுள்ள கை கொண்டு, சிசுத்தலையை, மேல் நோக்கி கருப்பையின் மேற்பகுதி நோக்கித் தள்ள வேண்டும். உள்ளேயுள்ள கை கொண்டு, யோனியிலிருந்தும், கருப்பைக் கழுத்திலிருந்தும், காலைக்கீழ் நோக்கி இழுத்து வெளியேற்ற வேண்டும். பிறப்புறுப்புறுப்புப்பிளவில் சிசுவின் முழங்கால் தோன்றினால், சுழற்சி முடிந்து விட்டது எனக் கொள்ளலாம். இனியும் பிரசவத்தை நடத்துவது மிகவும் எளிதாகும். காலுக்கு 200—400 கிராம் எடை இட்டு இழுக்கலாம்.

(காலை பலமாக இழுத்து), பிரசவத்தைத் துரிதப்படுத்துவதோ அல்லது சிசுவை வெளியேற்றுவதோ, தடை செய்யப்படுகிறது. ஏனெனில் இதனால் பலமான காயங்கள் ஏற்படலாம். (கருப்பைக்கழுத்து கிழிபட்டு, கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதி சேதமடைந்து குருதிப் பெருக்க ஏற்படலாம்.)

கூபகத்தைப் பிடித்து சிசுவை வெளியேற்றல்

தாய்க்கும் சேய்க்கும் ஆபத்தை விளைவிக்கும் சிக்கல்கள் தோன்றும் போது, கண்டித் தோற்ற பிரசவத்தை, சிசுவை வெளியேற்றி, முடித்து விட வேண்டும். கருப்பைக் கழுத்து, முழுமையாக விரிவடைந்து, பாத சுழற்சியின் பின்னர் இந்த முறையைக் கையாளலாம்.

படம் 323. பிராக்ஸ்டன்—ஹிக்சின் திருப்பம்

வெளியேற்றப்படுவது, கையாலான உதவியிலிருந்து மாறுபடுகிறது. தோள் பட்டைகளின் கீழ்கோணம் வரை சிசு தானாகவே வெளிவந்த பிறகு, குண்டித்தோற்றத்தில், கையாலான உதவி அளக்கப்படுகிறது. இதனால் கைகளும், தலையும் வெளிப்படுகின்றன. கூபகத்தைப் பிடித்து சிசுவை வெளியேற்றுவதில், கால்களிலிருந்து துவங்கி சிசு முழுவதும் வெளியேற்றப்படுகிறது. இந்த செயல் முறை, கைகளாலேயே செய்யப்படுகிறது.

இந்த முறை கையாளப்பட வேண்டிய நிலைகள்: 1) பிரசவத்தைத் துரிதமாக முடிக்க வேண்டிய கொடூரமான வியாதிகள் (நச்சுநிலை, இருதயவியாதிகள்) 2) சிசுவில் மூச்சுத்திணறலின் துவக்கம் 3) பாத சுழற்சிக்குப் பின்னர்.

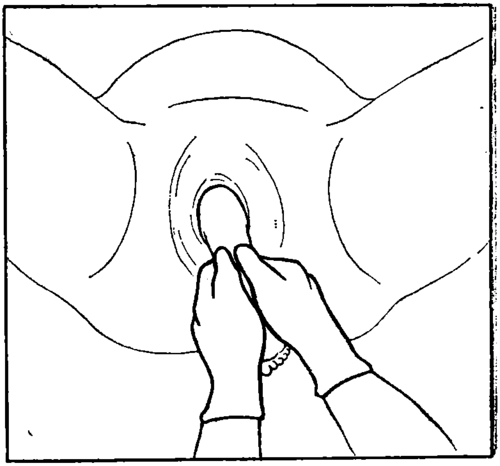
தேவையான அம்சங்கள்: 1) கருப்பைக்கழுத்து, முழுமையாக விரிவடைந்து

இருக்க வேண்டும். 2) பனிக்குடம் உடைந்திருப் து 3) கபாலகூபக முரண் பாடு இல்லாமை.

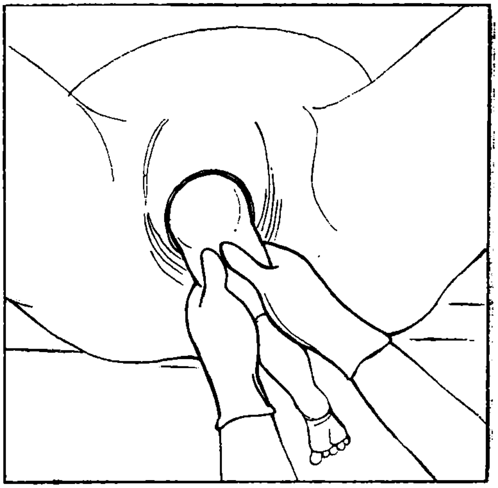
சிசு; ஒரு காலால் வெளியேற்றப்பட லாம் (ஒரு கால் தோற்றம்); இரண்டு கால்களால் வெளியேற்றப்படலாம். (இரு கால் தோற்றம்) உண்மையான குண்டித் தோற்றத்தில், இடுப்புகளின் உதவியால், சிசுவை வெளியேற்றலாம். முழுமையான குண்டித் தோற்றத்தில், முன்கால் நீட்டப்பட்டு, ஒரு கால் தோற் றமாக மாற்றப்படுகிறது; இதைத் தொடர்ந்து, காலை இழுத்து சிசுவை வெளியேற்றி விடலாம்.

காலால் (கால்களால்) சிசு, வெளியேற்றப் படுதல்

உதயமாகும் கால் யோனியில் இருந் தால், இரண்டு விரல்கள் கொண்டு, வெளியேற்றி விடலாம். காலைக்கீழ்க் கண்டவாறு பற்றிக் கொள்ள வேண் டும்: தவளைச் சதையின் மீது கட்டை விரல் வைக்கப்பட்டு, மற்ற நான்கு விரல்களும் காலின் முன்பரப்பில் வைக் கப்படுகின்றன. காலை, இரண்டு கைகள் கொண்டும் பிடிக்கலாம்; இரண்டு கட்டை விரல்களையும் தவளைச் சதையின் மீது வைக்க வேண்டும். (படம் 324) காலைப் பிடிக்கும் போது, எலும்பு முறிந்து விடாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். சிசுவை வெளிப்படுத்தும் போது, முழங் காலுக்கு சேதம் ஏற்படாதவாறு முழங் காலையும் பிடித்துக் கொள்வது நல்லது காலை, கீழ் நோக்கி இழுக்க வேண்டும். பிறப்புப்பாதையில் கால் தோன்றும் போது, அறுவையாளளின் கை, சிசுவின் கால் வழியாக, பிறப்புப்பிளவை நோக கிச் செல்ல வேண்டும். (படம் 325) கீழ்நோக்கி வரும் குண்டியும், இலியாக் எலும்பும் பூப்பிணைப்பின் கீழே வரும் வரை, கீழ்நோக்கி தொடர்ந்து இழுத் துக் கொண்டே இருக்க வேண்டும். கீழ் நோக்கி வரும் தொடை, இரண்டு கைக ளாலும் பிடிக்கப்பட்டு, மெதுவாக உயர்த்தப்பட வேண்டும். (படம் 325) சிசுவின் உடல் மடிக்கப்படுகிறது. விட

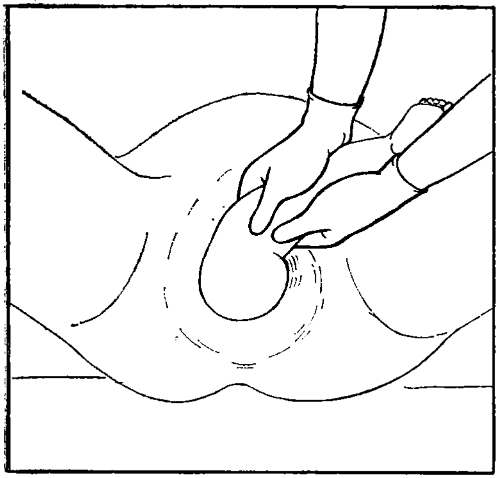


படம் 324. சிசுவை வெளியேற்ற காலை பிடித்தல்.

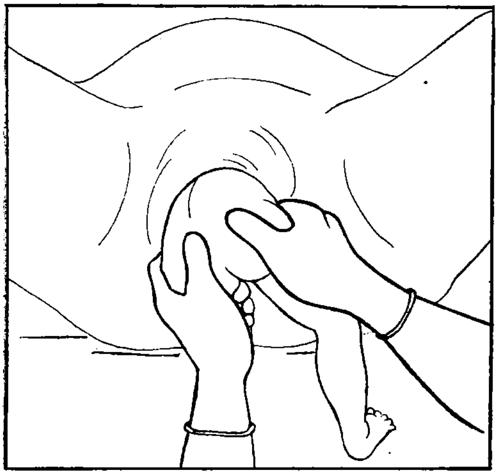


படம் 325. கால் வெளியேற்றப்படும் போது அறுவையாளரின் கைகள், காலி லிருந்து இடுப்புக்கு நகருகின்றன

பத்தின் மேலாக, குண்டி வெளிப்படுகி றது.



படம் 326. இலியாக் எலும்புகள், பூப் பிணைப்பின் கீழே வந்தவுடன், இடுப் பை மேல் நோக்கித் தூக்க வேண்டும்



படம் 327. சிசுவின் உடலை வெளியேற் றும்போது செயல் முறையாளரின் கைகள்

இனிவரப்போகும் காலை வெளி யேற்ற எந்த முயற்சியும் செய்யக் கூடாது. இல்லையேல் எலும்பு முறிந்து விடும். இழுக்கும் போது, கால் தானா கவே வெளி வந்து விடும்.

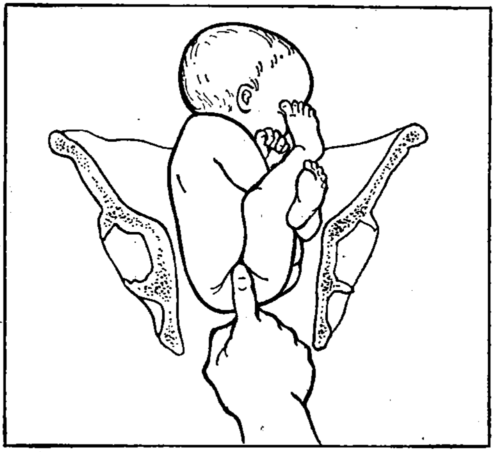
இரண்டாவது பிட்டி வெளி வந்தவு டன், ஒரு கையால் முன்புறத் தொடை யைப் பிடிக்க வேண்டும்; (கட்டை விரல் திரிகத்தின் மீது இருக்கிறது.) மற்ற கையின் ஆள்காட்டி விரல், சிசுவின் தொடை இடைப்பகுதியைப் பிடிக்க வேண்டும். அப்போது கட்டைவிரல் திரிகத்தின் மீது இருக்கிறது. மற்றவிரல் கள், உள்ளங்கையுடன் ஒட்டி இருக்க வேண்டும். (படம் 327) கைகள் குண்டி களின் மீது இருக்க, செயல் முறையா ளர் கீழ் நோக்கி இழுக்கிறார். (ஆனால் நீளவாட்ட இருசு வழியாக) பின்வரும் கால் வெளிவந்தவுடன், அதைக் கையால தாங்கிக் கொண்டு, சிசு, தொப்பூழ் வரை வெளியேற்றப்படுகி றது. தொப்பூழ்கொடியில் ஏதாவது விறைப்பு இல்லாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். தோள்பட்டைகளின் கீழ்வி ளிம்புகள் வெளிப்படும் வரை சிசுவை வெளியேற்ற வேண்டும். கையாலான உதவியில் குறிப்பிட்டபடி கைகளும் தலையும் வெளிப்படுகின்றன.

இருகால் தோற்றத்தில், இரண்டு கால்களைக் கொண்டு, சிசுவெளியேற் றப்படுகிறது. கால்கள் யோனியில் இருந் தால் ஒவ்வொன்றும் கையால் எடுக்கப் படுகின்றன. அப்போது, கட்டை விரல் கள் தவளைச் சதையின் மீதும், விரல் கள் கால் மீது பொருந்தி இருக்கின்றன. பிறப்புப்பாதையிலிருந்து கால்கள் தோன்றும் போது, கைகள், பிறப்புறுப் புப்பிளவு நோக்கி, நகர வேண்டும். ஒரு காலை வெளியேற்ற பின்பற்றப்படும் அதே முறையையே, இங்கும் பின்பற் றலாம்.

இடுப்பைப்பிடித்து வெளியேற்றுதல்

குண்டித் தோற்றம் வெளியேற்றப் படும் போது, ஒரு ஆள்காட்டி விரல், முன்புற இடுப்புப்பகுதியில் வைக்கப்படு கிறது. (படம் 328) முன்புறக்குண்டி வெளிவரும் வரையிலும், இலியாக் எலும்பு பூப்பு வளைவின் அடியில் வரும் வரையிலும், தொடர்ந்து இழுக்கப்படு கிறது. கருப்பை சுருங்கும் போது தான், இழுப்பு கொடுக்கப்படுகிறது. இழுப்பு முயற்சிக்கு வலு தர, செயல் முறை யில் ஈடுபட்டுள்ள கையின் மணிக்கட்டை, மற்றகை பிடித்து உதவ வேண்டும்.

பூப்பிணைப்பின் கீழே, முன்புற இலியாக் எலும்பு வந்தவுடன், இழுப்பின் திசை, மேல் நோக்கி மாற்றப்பட வேண்டும். சிசுவின் உடல் மடக்கப்படுகிறது. பின்புற குண்டி நிலை பெயர்கிறது. மற்ற கையின் ஆள்காட்டி விரல், மற்ற இடுப்பினுள் செருகப்பட வேண்டும். சிசுவின் தோள்பட்டையின் கீழ் விளிம்பு வெளிப்படும் வரை, தொடர்ந்து இழுக்க



படம் 328. இடுப்பைப் பிடித்து சிசுவை வெளியேற்றல்.

வேண்டும்; கால்கள் தாமாகவே வெளி வந்த விடுகின்றன.

கையாலான உதவியைப் போன்று, கைகளும் தலையும் வெளியேற்றப்படு கின்றன.

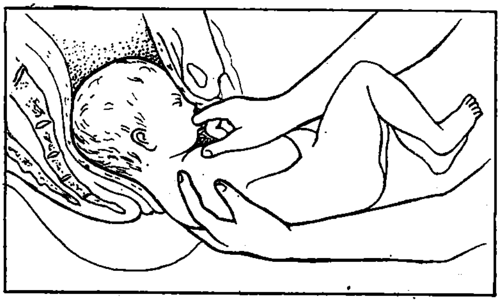
மகப்பேறு அறுவை முறைகளில், மிக வும் சிரமமானது, இடுப்பைப்பிடித்து வெளியேற்றுவது தான். செயல் முறை யில் ஈடுபட்ட கை எளிதில் களைப்படை கிறது. பிட்டிகள் மெதுவாகவே நக ருகின்றன. குண்டிகள் உயர்ந்த நிலை யில் இருக்கும் போது, சிசுவை வெளி யேற்றுவது சிரமமாகும். இத்தகைய நிலையின் போது, சிசுவை வெளியேற்ற சிசுவின் இடுப்புகளில், மழுங்கலான உலோக கொக்கிகளையோ அல்லது வலைத்துணியையோ மாட்டி முயற்சிக்கலாம் என சில மகப்பேறு நிபுணர் கள் கருதுகின்றனர். இத்தகைய முறை யில், எலும்புகள் இடம் பெயரும் அல் லது முறிவடையும் அபாயம் உள்ளது. ஆகவே, இந்த முறையை, மரித்த சிசுக் களில் கையாளலாம்.

நிகழக்கூடிய சிக்கல்கள்: கீழ்க்கண்ட சிக்கல்கள், கை உதவி கொண்டு சிசுவை வெளியேற்றும் போது, நிகழலாம்:— கருப்பைக் கழுத்தின் திடீர் சுருக்கம், கைகளின் நீட்டம், பின்புறத் தோற்றம் முதலியன.

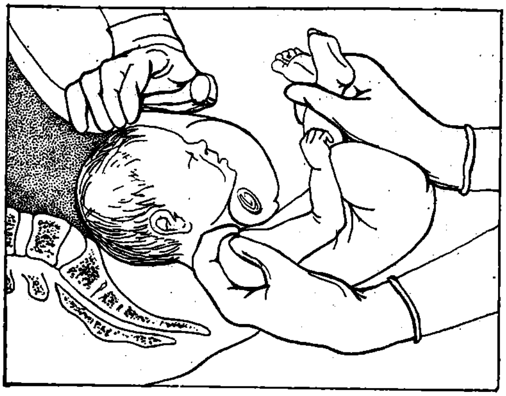
கருப்பைக் கழுத்தின் திடீர் சுருக்கத் தை அகற்ற, உணர்வகற்றல் செய்யப் பட்டு ஆபரேஷன் செய்ய வேண்டும். ஆபரேஷனுக்கு முந்தி, 1மி.லி. 1% பாபாவெரைன் கரையம், 1மி.லி. 1% அட்ரோபின் கரையம் ஆகியவற்றைக் கொடுப்பதன் மூலம், திடீர் சுருக்கங்க ளைத் தவிர்க்கலாம். கையின் நீட்டல் (முகம், காதுகள், பின்தலையின் மீது) மிகவும் ஆபத்தான ஒரு சிக்கலாகும். இதைச் சரி செய்ய, யோனிக்குள் நான்கு விரல்களைச் செலுத்தி, கையை,

முகம் மற்றும் மார்பு வழியாக கீழே இழக்க வேண்டும். (சிசு, தனது முகத்தை ''கழுவுகிறது.'')

நிரந்தரமான பின்புறத் தோற்றத்தில் சிசுவை வெளிப்படுத்துவது மிகவும் சிரமமாகும். (மோவாய் பூப்பிணைப்பை நோக்கியும், பின்தலை திரிகத்தை நோக்கியும் இருக்கிறது.) பின்புற தோற்றங்களில் தலையை நிலை பெயர்க்க (விடுவிக்க) கீழ்க்கண்ட செய் முறைகள் தேவைப்படுகின்றன: — ஆள்காட்டி விரலின் நுனியை சிசுவின்வாய்க்குள் விட்டு, தலையை மடக்க வேண்டும்.



படம் 329. பின்புறத் தோற்றத்தில் தலையை வெளியேற்றல் (உச்சித் தலை முதலில் மடக்கப்படுகிறது)



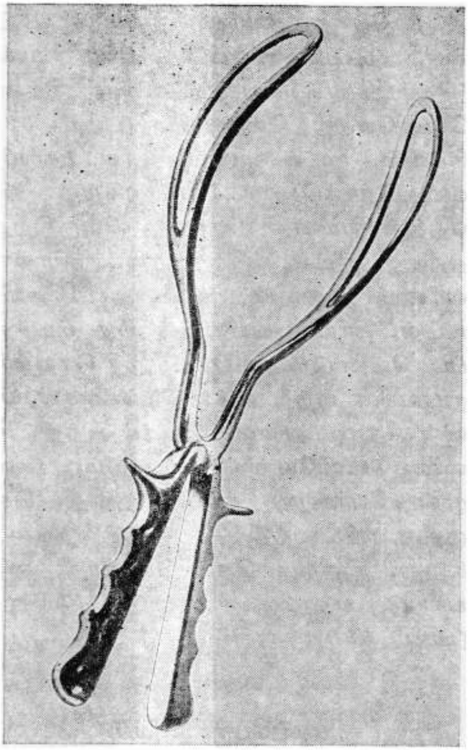
படம் 330. பின்புறத் தோற்றத்தில் நீட்டிய தலையை வெளியேற்றுதல்.

அதே போது செயலாற்றுபவரின் மற்ற கை, பூப்பிணைப்பின் கீழே மூக்கு (நெம்புகோல்) வரும் வரை, சிசுவை வெளியேற்ற வேண்டும். (படம் 329) சிசுவின் உடல் முன்புறமாக (தாயின் வயிறுநோக்கி) மடக்கப்படுகிறது. விடபத்தின் மேலாக தலை வெளிவருகிறது. தலை, நீட்டி இருந்தால், விரலால் வாயை அடைய முடியாது. சிசுவின் உடல், தாயின் வயிற்றின் மீது மடக்கப் பட வேண்டும். அதே போது செயலாற்றுபவரின் மற்ற கை, விரல்களால், சிசுவின் தோள் வளையத்தைப் பற்றி, சிசுவை வெளியேற்ற வேண்டும். (கவர் முள் போன்று) தலை, தனது செங்குத்து விட்டத்தில், கூபகத்தைக்கடக்கிறது. இதற்கு நெம்புகோலாக, ஹையாய்டு எலும்பு, செயல் படுகிறது. (படம் 330)

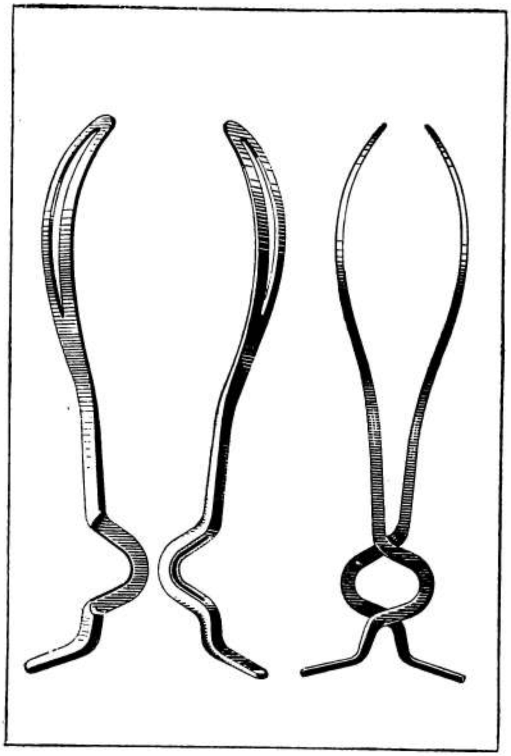
மகப்பேறு இடுக்கி

பிரசவத்தை துரிதமாக முடிக்க வேண்டிய அவசியம் ஏற்பட்டால், உயிருள்ள சிசுவின் தலையைப் பற்றி இழுக்க உபயோகிக்கப்படும் கருவிகளே, மகப்பேறு இடுக்கிகள் (சாமணம்) எனப்படுகின்றன: 17 வது நூற்றாண்டிலேயே, ஸ்காட்லாந்து நாட்டு டாக்டர் சேம்பர்லன், இடுக்கிகளைப் பயன்படுத்தினார். ஒரு நூற்றாண்டு வரை, இதை, சேம்பர்லன், ஒரு குடும்ப ரகசியமாக வைத்திருந்தார். ஆனால் 18வது நூற்றாண்டின் துவக்கத்தில், பால்ஃபின் என்பவர் மற்றுமொரு இடுக்கியைக் கண்டுபிடித்தார். இது பற்றி, பாரீசில் உள்ள உயிரியல் மன்றத்திற்கும் தெரிவித்தார்.

இடுக்கியின் அமைப்பை, மற்றும் பல ஆசிரியர்கள், இன்னும் பயனுள்ளதாக ஆக்கினர் (வெவ்ரெட், சிம்ப்சன்,



படம 331. சிம்ப்சனின் இடுக்கி.



படம் 332. லசாரவிச்சின் இடுக்கிகள்.

நெகீலி, லசாரெவிச், போர்யாகோவ்ஸ் பெடரோவ், மற்றும் பலர்.)

மாஸ்கோ பல்கலைக்கழக பேராசிரியர் டாக்டர் ஏராஸ்மன் தான், ரஷ்யாவிலேயே முதன் முதலாக (1765) இடுக்கியை பயன்படுத்தினார். என்.எம். மாக்சிமோவிச்—அம்போடிக் ஆகியோர், இடுக்கியின் பிரயோகத்தைப் பிரபலப்படுத்தினர். ரஷ்யநாட்டு மிகப் பிரபாலமான மகப்பேறு நிபுணர்களான ஜி.ஐ. கொரப்ளேவ், ஏ.யா. கிராசோவ்ஸ்கி, என்.என். ஃபினமினோவ், ஆகியோர், இடுக்கிகள் சிறந்த முறையில் பலனளிக்க, ஆவன செய்தனர். சிம்ப்சனின் இடுக்கிக்கு, ஃபினோமினாவ் புதிய உருவம் கொடுத்து, பெருமளவில் உபயோகிக்க வழி வகுத்தார் (படம் 331). இடுக்கியில், ஒன்றையொன்று குறுக்கிட்டுச் செல்லும்இரண்டு பகுதிகள் உள்ளன. ஒவ்வொரு பகுதியிலும் கீழ்க்கண்ட மூன்று பாகங்கள் உள்ளன:—1) துவாரம் கொண்ட கரண்டி போன்ற பகுதி. இது கொண்டு, தலையைப் பற்ற வேண்டும். 2) இரண்டு பாகங்களும் அசையாமலிருக்க ஒரு பூட்டு 3) இரண்டு கரண்டிகளுக்குமிடையே பற்றிக் கொண்ட தலையை இழுக்கப்பயன்படும் கைப்பிடிகள். கைப்பிடிகளில் இருக்கும் புடைப்புகளால், அறுவையாளர் எளிதில் இடுக்கியைப் பிடித்து (புஷ்ஷின் கொக்கிகள்) இழுக்க முடிகிறது. இடுக்கியில் காணப்படும்

இரண்டு வளைவுகள்;—கபால வளைவு கூபக வளைவு—எனப்படுகின்றன. சிசுத்தலையின் வளைசலுக்கு ஏற்ப, கபால வளைவு அமைந்திருக்கிறது. கூபக இருசின் வளைசலுக்கு ஏற்ப, கூபக வளைவு அமைந்துள்ளது. இடுக்கிகளின் ஒவ்வொரு கரண்டியும், ஒன்று யோனியின் இடது பக்கமாகவும், மற்றொன்று யோனியின் வலது பக்கமாகவும் உள் நுழைக்கப்படுகிறது. இடது கரண்டி (யோனியின் இடது பக்கமாகச் செலுத்தப்படுவது) முதலில் நுழைக்கப்படுகிறது. இந்தப் பகுதியின் பூட்டுப் பகுதி, மற்ற பகுதியின் (வலது) பூட்டுப்பகுதிக்குக் கீழே இருக்கிறது. மற்ற (வலது) கரண்டி, கூபகத்தின் வலது பக்கமாகச் செலுத்தப்படுகிறது. இதை, இரண்டாவதாகத் தான் உட்செலுத்த வேண்டும். அப்போது தான் இடுக்கியைப் பூட்ட முடியும்.

லசாரலிச்சின் இடுக்கியும் பெருவழக்கில் உள்ளது. (படம் 332) இந்தக் கருவியில் கூபக வளைவு கிடையாது. பாகங்கள், ஒன்றோடு ஒன்று குறுக்காகப் போவதில்லை. (நேரான, இணைவரையாக உள்ளன.)

சில நோய்களும் சிக்கல்களும் தாயையும் சேயையும் பாதிக்கும் போது பிரசவத்தைத் துரிதப்படுத்த வேண்டியுள்ளது. அத்தகைய சூழ்நிலைகளில், இடுக்கிகளைப் பயன்படுத்த வேண்டியுள்ளது. அவையாவன:—1) 2—3 மணி நேரங்களாக, தலை கீழிறங்காமல் நிலை பெற்று, இரண்டாந்தர கருப்பை மந்த நிலை. 2) பிரசவத்தின் எண்டோமெட்ரிய அழற்சி. 3) இருதய இரத்த நாள மண்டல மற்றும் சுவாச மண்டலம் ஆகியவற்றின் கொடூரமான வியாதிகள். 4) கர்ப்பகால நச்சுநிலை (வலிப்புகள், சிகிச்சையால், நிற்காவிடில்). 5) சிசுவின் திணறல்.

இடுக்கி போட தேவையானவை: 1) உயிருள்ள சிசு 2) முழுமையாக விரிவடைந்த கருப்பைக்கழுத்து 3) உடைந்த பனிக்குடம் 4) சிசுவின் தலை சகஜமான அளவில் இருப்பது (முதிராச் சிசுவைப் போல் மிகச்சிறிய தலையாக இருக்கக் கூடாது; அல்லது அரக்கச்சிசு போன்று அல்லது நீர்க்கபாலம் போன்று மிகப் பெரிய தலையாகவும் இருக்கக் கூடாது.) 5) சகஜமான கூபக அமைப்பு (மிகவும் குறைந்த அளவில், குறுகல் இருக்கலாம்.) 6) தலை, கூபகக்குழியிலோ அல்லது வெளிவாயிலிலோ இருக்க வேண்டும்.

தலை கீழிறங்கி, கூபக வெளிவாயிலில் இருக்கும் போது, இடுக்கி போடுவது மிகவும் நல்லது. இங்கு போடப்படும் இடுக்கி, தாழ்நிலை இடுக்கி எனப்படுகிறது. தலை, கூபகக்குழியினுள்ளே இருந்தால், மத்திய நிலை இடுக்கி போட வேண்டும். மத்திய நிலை இடுக்கி போடும் செயல் முறை மிகவும் சிரமமாக இருக்கும்.

தாழ்நிலை இடுக்கி போடுதல்

இடுக்கி, அகலாமன உட்காட்டி, புல்லட் இடுக்கி, (அறுவைக்குப் பின்னர் கருப்பைக்கழுத்தைப் பரிசோதிக்க) விடபத்துனைக்கான கத்திரிப்பான், விடபத்தை தைக்கத் தேவையான கருவிகள் ஆகியவை, ஆபரேஷனுக்கு முந்தியே தயாராக இருக்க வேண்டும். இடுக்கி கொண்டு நடக்கும் பிரசவத்தில் பெரும்பாலும் விடபம் கிழிந்து படுவதால், அதைச் செப்பனிடத் தயாராக இருக்க வேண்டும்.

ஆபரேஷனுக்கு முன்னர், பெண்ணின் யோனியைப் பரிசோதனை செய்து கீழ்க்கண்டவற்றைத் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும்: கூபகத்தில் சிசுத்தலையின்

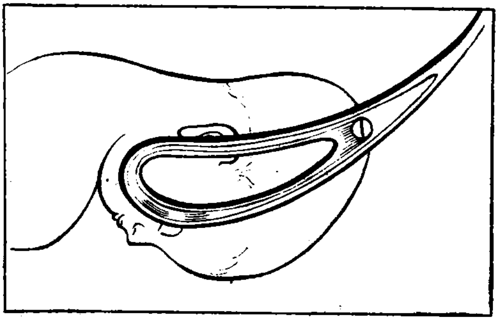
நிலை, கிடைமட்டத்தையலின் திசை, உச்சிமென் தோல்களின் நிலை. முன் புற பின்தலைத் தோற்றத்தில், கூபக வெளிவாயிலில் தலை தோன்றும் போது, மட்டத்தையல் முன்புற பின் புற விட்டத்தில் இருக்கிறது. பின்புற உச்சி மென்தோல் பூப்பிணைப்பில் இருக்கிறது. முன்புற உச்சி மென் தோல், திரிகம் நோக்கி இருக்கிறது.

ஆபரேஷனில் கீழ்க்கண்ட கட்டங்கள் உள்ளன:

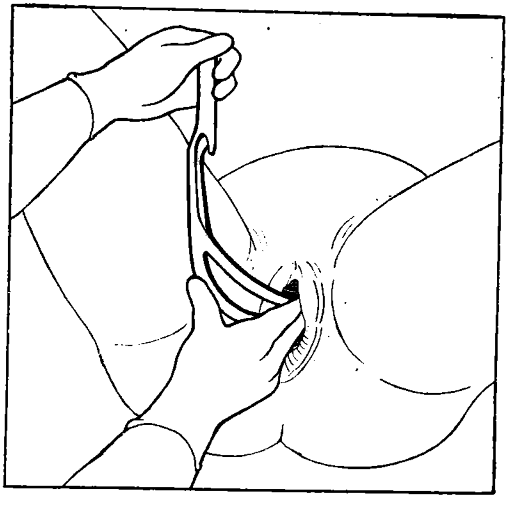
1) இடுக்கிக் கரண்டிகளை உட்செலுத்துவது 2) இடுக்கியைப் பொருத்துவது 3) இழுத்துப் பார்த்தல் 4) உண்மையாக இழுத்தல் (தலையை வெளிப்படுத்துதல்) 5) இடுக்கியை அகற்றுதல்.

இடுக்கியின் கரண்டிகள் பின்வருமாறு நுழைக்கப்படுகின்றன: கூபகத்தின் (யோனியின்) இடது பக்கமாக இடது கையால், இடுக்கியின் இடது கரண்டியை நுழைக்கப்படுகிறது. இது போன்றே வலது கையால், வலது கரண்டி, யோனியின் வலது பக்கமாக உட்செலுத்தப்படுகிறது. முதலில் இடது கரண்டி உள்ளே நுழைக்கப்படுகிறது. பின்னர் வலது கரண்டி உள்ளே நுழைக்கப்படுகிறது. தலை, கூபக வெளிவாயில் மட்டத்தில் இருந்தால், கரண்டிகள், கூபகத்தின் குறுக்கு விட்டமாக நுழைக்கப்பகிறது. இடுக்கிகள், சிசுத்தலையின் காதுகள், பக்க எலும்பு புடைப்புகள் ஆகியவற்றின்மேல் பொருத்தப்படுகின்றன. பின்புற உச்சிமென்தோல், இடுக்கியின் தளத்தில் இருக்கிறது. இடுக்கியின் கூபக வளைவு, கபால இருசு (பின்புற உச்சி மென் தோலிலிருந்து மோவாய் வரை), கூபக இருசுஆகியவை இணைந்திருக்கின்றன. (படம் 33)

கரண்டிகள் கீழ்வருமாறு உள் நுழைக்கப்படுகின்றன: வலது கையின் நான்கு விரல்கள் யோனிக்குள் செலுத்தப்படுகின்றன. சிசுத் தலையின் பக்கப் பரப்பில் பொருந்தி இருக்கின்றன. (விரல் நுனிகள் சிசுவின் மோவாய் நோக்கி இருக்கின்றன.) இடுக்கியின் இடது பகுதியை, இடது கையால், யாழையோ, பேணாவையோ எடுப்பது போல் எடுத்து, பிரசவிப்பியின் வலது இடுப்புப் பக்கமாக கொண்டு வர வேண்டும். இடது கரண்டி, வலது கைக்கும், தலைக்குமிடையே யோனிக்குள் நுழைக்கப்படுகிறது. கரண்டியின் கீழ்

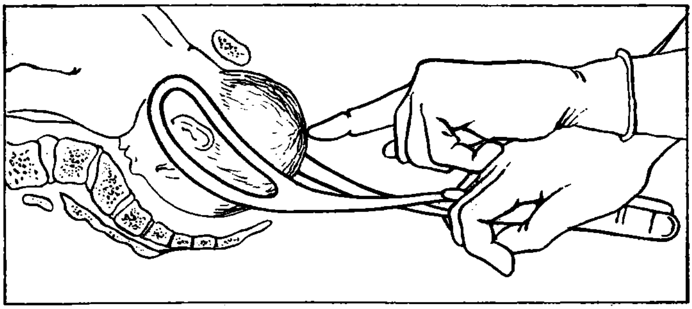


படம் 333. இடுக்கியை சரியான முறையில் பொருத்துதல்



படம் 334. இடுக்கியின் இடது கரண்டியை உள் நுழைத்தல்

படம் 335. வெள்ளோட்ட இழுப்பு.



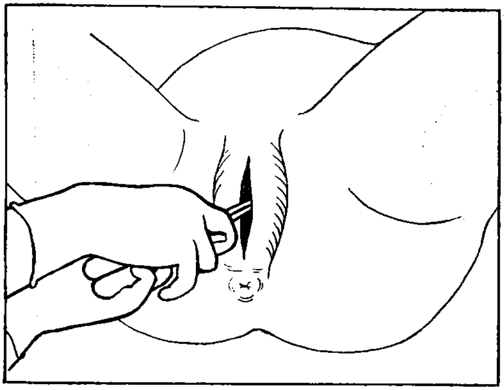
விளிம்பு, ஆட்காட்டி விரலுக்கும் மூன்றாவது விரலுக்கும் இடையேயுள்ள பள்ளத்தின் வழியாகச் செல்ல வேண்டும். இடுக்கியின் கரண்டியின் மீது மிகையான அழுத்தம் இருக்கக் கூடாது (படம் 334) இடது கரண்டி நன்கு ஆழமாக உள்ளே சென்றவுடன், கைப்பிடியை விடபம் நோக்கித் தாழ்த்த வேண்டும், உள்ளே இருக்கும் கை, கரண்டியை, சிசுத்தலையின் பக்க எலும்பு புடைப்பு நோக்கித் தள்ளுகிறது. வலது கை, யோனியிலிருந்து எடுக்கப்படுகிறது. கைப்பிடியை. உதவியாளர் பிடித்துக் கொள்கிறார்.

வலது கரண்டி, மேற்கூறியது போன்றே உள்ளே நுழைக்கப்படுகிறது. இடது கை, வழிகாட்டியாகவும், கட்டுப்பாடாகவும் பணி புரிகிறது. வலது கரண்டியனின் கைப்பிடி, எப்போதும் இடது கைப்பிடிக்க மேலாகவே இருக்கிறது.

இடுக்கியை இணைத்தல்: ஒவ்வொரு கைப்பிடியையும் ஒவ்வொரு கை (இடது கைப்பிடியை இடது கை; வலது கைப்பிடியை வலது கை) பிடித்துக் கொள்கிறது. இரண்டும், கூட்டாக கொண்டு வரப்பட்டு இணைக்கப்படுகிறது. சரியாகப் பொருத்தப்பட்ட இடுக்கி, எளிதில் மூடிக் கொள்கிறது.

இழுப்பு வெள்ளோட்டம்: இடுக்கியைப் பொருத்திய உடன், இழுப்பு வெள்ளோட்டம் விட்டு, கரண்டிகள் நழுவுமின்றனவா எனப்பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இதற்கு, கைப்பிடிகள் வலது கையால் பிடித்துக்கொள்ளப்படுகின்றன. இடது கையை வலது கையின் மேல் வைத்து, ஆள்காட்டி விரலால், சிசுத் தலையைத் தொட வேண்டும். இப்போது இழுக்க வேண்டும். (படம் 335) இடுக்கிகள் சரியாகப் பொருந்தி இருந்தால், இடுக்கியுடனேயே தலையும் நகரும்; ஆட்காட்டி விரல் தலையைத் தொட்டுக் கொண்டே இருக்கும். இடுக்கி நழுவினால், (சரியாகப் பொருத்தப்படாத இடுக்கி) விரலுக்கும் தலைக்கும் இடையே இடைவெளி உண்டாகிறது. (யோனியிலிருந்து இடுக்கி இகற்றப்படுகிறது. தலை, இருந்த இடத்திலேயே இருக்கிது.)

உண்மையான இழுப்பு: வெள்ளோட்ட இழுப்புக்குப் பின்னர், இடுக்கி உண்மையாக இழுக்கப்பட்டு, சிசுத் தலை, வெளியேற்றப்படுகிறது. வலது கை, இறுக்கியின் பூட்டைப் பிடிக்கிறது. (இரண்டு விரல்கள் புஷ்ஷின் கொக்கிகள் மீது அமைந்துள்ளன.) இடது கை, கைப்பிடியை பிடித்துக் கொள்கிறது. (படம் 336) இழுப்பு மெதுவாகவும் படிப்படியாகவும் இருக்க வேண்டும். இதன் மூலம், சிசு, பிறப்புப் பாதையின் இயற்கையான வழி மூலம், வெளிப்பட ஏதுவாகிறது. (ஒவ்வொரு இழுப்பும் 60—90 வினாடிகள் நீடிக்க வேண்டும்.)



படம் 336. தலையை, இடுக்கி மூலம் வெளியேற்றுதல்.

ஒவ்வொரு இழுப்புக்குமிடையே, ஒன்றிரண்டு நிமிட இடைவேளை வேண்டும். அப்போது சிசுத்தலையின் மீதான அழுத்தத்தை தளர்த்தினால், சிசுவின் மூளைக்கான இரத்த ஓட்டம் அதிகரிக்கிறது.

தானாகவே வெளிப்படும் தலையின் திசையிலேயே, இழுப்பும் இருக்க வேண்டும். (அதாவது கூபக இருசின் வழியாக)

தலை, கூபக வெளிவாயிலில் இருந்தால், பின்தலைப்புடைப்பு வெளி வந்து, பின்காலக் குழிவு பூப்புவளைவு வரை வரும் வரை, கிடைநிலை திசையிலேயே இழுப்பு இருக்க வேண்டும். கர்ப்பிணியின் இடது பக்கம், மகப்பேறு உதவியாளர் அமர்ந்து கொள்ள வேண்டும். வலதுகையால் கைப்பிடியைப் பிடித்து, தலையை மேல் நோக்கி இழுக்க வேண்டும். இடது கை கொண்டு விடபம் கிழிந்து விடாமல் பாதுகாக்க வேண்டும். மேல் நோக்கி இழுப்பதால் உச்சித்தலை நீட்டப்பட்டு, தலை வெளிப்படுகிறது.

இடுக்கியை அகற்றுதல்: பின்தலை மற்றும் பக்க எலும்பு புடைப்புகள் வெளிப்பட்டவுடன், இடுக்கியைத் தலையிலிருந்து அகற்றி விட வேண்டும். இனியும் வெளிப்படும் தலைக்கு, கையாலான உதவி அளிக்க வேண்டும். (தானாக நிகழும் பிரசவம் போன்று.) தலையையும், இறுக்கியால் வெளியேற்றலாம்.

இடுக்கியை எதிர்மாறாக அகற்ற வேண்டும். முதலில் வலது கரண்டியையும், பின்னர் இடது கரண்டியையும் அகற்ற வேண்டும். இடுக்கியின் கைப்பிடிகள், பெண்ணின் எதிர் தொடைப் பக்கமாக இருக்க வேண்டும்.

நச்சுக்கொடி வெளி வந்தவுடன், கருப்பைக் கழுத்தை, உட்காட்டி கொண்டு பரிசோதிக்க வேண்டும். ஏதாவது கிழிசல்கள் இருந்தால் செப்பனிடப்பட வேண்டும். யோனியோ, விடபமோ சேதமடைந்திருந்தால், தையல் போட்டு உரிய சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

சிசேரியன் அறுவை

அறுவை மூலம் திறக்கப்பட்ட கருப்பையிலிருந்து சிசுவையும், நச்சுக்கொடியையும் வெளியேற்றும் முறையே, சிசேரியன் அறுவை எனப்படுகிறது.

புராதன காலத்தில், கர்ப்பிணி திடீரென்று மரணமடைந்து விட்டால் (கருப்பையிலிருக்கும் சிசுவைக் காப்பாற்ற) சிசேரியன் அறுவை செய்யப்பட்டது. உயிருள்ள தாயின் மேல் முதன் முதலாக சிசேரியன் அறுவை செய்யப்பட்டது. 17வது நூற்றாண்டின் துவக்கத்தில் தான், தொற்றற்ற, தொற்றெதிர் நியதிகள் உருவான பின்தான், இந்த அறுவை முறை பெருமளவில் கையாளப்பட்டது. (19வது நூற்றாண்டின் இறுதியில்)

1780ல் டி.சாமாய்லோவிச் என்பவர் தான் ரஷ்யாவில் முதன் முறையாக

சிசேரியன் அறுவையைக் கையாண்டார். என். ஐ. போபிடின்ஸ்கி என்பவர், ரஷ்யாவில் வயிற்றுவழி கருப்பைத் திறப்பில், முக்கிய முன்னேற்றங்களை ஏற்படுத்தினார்.

சிசேரியன் அறுவையை வயிற்றுச் சுவர் வழியாகவும் (வயிற்றுவழி கருப்பைத் தளை) அல்லது யோனி வழியாகவும் (யோனி வழி கருப்பைத் துளை) செய்யலாம்.

வெகு அபூர்வமாக செய்யப்படும் யோனி வழி கருப்பைத் தளை, குறை மாதக் கர்ப்பத்தில் செய்யப்படுகிறது.

வயிற்றுவழி கருப்பைத்துளை

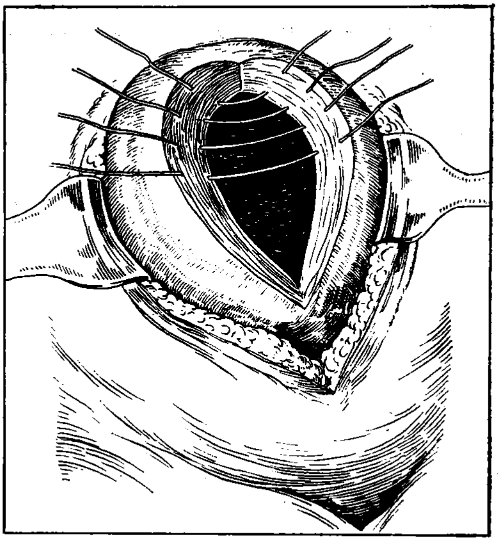
இந்த அறுவை செய்யப்படும் கட்டாய நிலைகளாவன: 1) கூபகத்தின் மிகையான, உடற்கூறு இயல் சார்ந்த, குறுகல் (3வது 4வது வகை குறுகள்). 2) கபால—கூபக முரண்பாடு (மருத்துவஞ்சார்ந்த குறுகிய கூபகம்). 3) கருப்பை கிழிந்து விடக் கூடிய அபாயம். 4) மத்திய கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி (பக்கவாட்டு கீழ்நிலை நச்சுக்கொடி, மிகையான குருதிப்பெருக்குடன்); 5) சகஜமாக பொதிந்துள்ள நச்சுக்கொடி, முன் கூட்டியே பிரிந்து விடல் (உட்குருதிப் பெருக்கும், அதிர்ச்சியும்). 6) இருதயத்தின் கொடூர வியாதிகள், இரத்தமிகு அழுத்தம், கர்ப்பத்தின் நச்சு நிலை. 7) கருப்பையின் மேல் செய்யப்பட்ட ஆபரேஷனால் ஏற்பட்ட வடு; குறுகலான கூபகத்திதுடன் நிறை மாதத்திற்குப் பிறகான கர்ப்பம், உயிருள்ள சிசுவின், கவனியாமல் விடப்பட்டகுறுக்குத் தோற்றம். தாயின், சேயின் உயிருக்கு ஆபத்து விளைவிக்கும் நிலைகளும்; தானாக நிகழும் பிரசவத்திற்கு இடையூறுண்டாக்கும் நிலைகளும்.

அறுவைக்குத் தேவையானவை: நோய்த் தொற்று இல்லாமை, உயிருள்ள சிசு, பிரசவத்தின் துவக்கத்திலேயே ஆபரேஷன் செய்வது நல்லது.

சிசேரியன் அறுவைக்குத் தேவையான கருவிகள் வருமாறு:

கத்திகள் 2, நீண்ட இடுக்கிகள் 2, உடற்கூறு சார்ந்த இடுக்கிகள் 3—4; அறுவை சார்ந்த இடுக்கிகள் 3—4; குருதிதகைத்தி (10 பெரியது 5—6 சிறிய பிடிப்பான்கள்); பீனின் இடுக்கிகள் 15—16; கட்டுப்போடுவதற்கான இடுக்கிகள் 5—6; புல்லட் இடுக்கிகள் 2, சூலக இடுக்கிகள் 2, சுரண்டிகள் 2—3, ஊசி தாங்கிகள் 2, ஊசிகள் 10—12, கத்திரிப்பான்கள் (நேரனது 2, வளைந்தது 2) வயிற்று உட்காட்டி, உட்குழல், ஊசியுடன் கூடிய கிரிஞ்சு, மூடு கிளிப்புகள் 4.

இரத்தம் உட்செலுத்தவும், சிசுவை உயிர்ப்பிக்கவும் (மூச்சுத்திணறலுடன் பிறக்கும் குழந்தை), தேவையான எல்



படம் 337. வயிற்று வழி கருப்பைத் துளை (சிசேரியன் அறுவை). கருப்பைச் சுவர் செப்பனிடப்படுகிறது.

லாப்பொருட்களும் மருந்துகளும் ஆப ரேஷனுக்கு முந்தியே தயாராக இருக்க வேண்டும்.

செயல்முறை. வெள்ளைக் கோட்டின் மேலாக, அடுக்கடுக்காக வயிற்றுச் சுவர் திறக்கப்படுகிறது. பூப்பெலும்பின் மீது துவக்கப்பட்ட கீறல் தொப்பூழ் வரை எட்டுகிறது. கருப்பையின் முன்புரப்பு. வயிற்றுக்குழிவிலிருந்து தொற்று நீக்கப் பட்ட மூடு துணிகளால், பிரிக்கப்படுகி றது. இதனால் பனித்திரவம் உட்செல்ல வாய்ப்பில்லை. கருப்பையின் முன்புறச் சுவரின் மீது 12 செ.மீ. நீள கீறல் போடப்படுகிறது. திறக்கப்பட்டகருப் பையிலிருந்து, சிசு, காலைப் பிடித்து வெளியே கொணரப்படுகிறது. இரண்டு பிடிப்பான்களுக்கிடையே, தொப்பூழ் கொடி வெட்டப்படுகிறது. கைமகவு, மகப்பேறு உதவியாளரிடம் கொடுக்கப் படுகிறது. பின்னர், நச்சுக்கொடி அகற் றப்படுகிறது. கருப்பைக்குழிவு, கைகொண்டோ, சுரண்டி கொண்டோ பரிசோதிக்கப்படுகிறது. கருப்பைச்சு வர், அடுக்கடுக்காக செப்பணிடப்படுகி றது. (படம் 337) அனைத்து கருவிக ளும் பொருட்களும் அகற்றப்படுகின் றன. வயிற்றுச்சுவர் அடுக்கடுக்காக தையல் போடப்பட்டு சீர் செய்யப்படு கிறது.

சமீப காலங்களில், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியில் கீறலிடுவது வழக்கமாக இருக்கிறது. இதற்கு, கருப்பை—சிறு நீர் பையின் பெரிடோனியமடிப்பு முத லில் திறக்கப்படுகிறது. மூத்திரப்பை, கீழ் நோக்கித் தள்ளப்படுகிறது. சிசு வையும் நச்சுக்கொடியையும் அகற்றி யபின், கருப்பையின் கீழ்ப்பகுதியைத் தையலிட்டபின், சிறுநீர் பை, முந்தைய நிலைக்குக் கொண்டு வரப்படுகிறது. கருப்பை சிறுநீர் பை மடிப்பும் செப் பனிடப்படுகிறது.

வேகுவம் எக்ஸ்டிராக்டர். (வெற்றிட பிரித்தெடுப்பி)

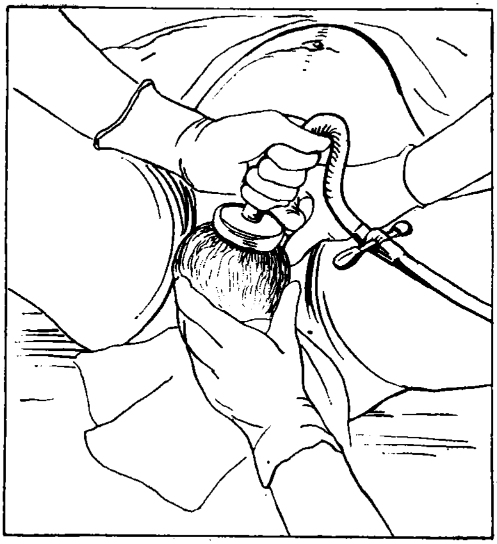
வெற்றிட பிரித்தெடுப்பி, பிரசவத் திற்கான ஒரு நவீன முறையாகும். இந் தக் கருவியில், ஒரு வெற்றிட பம்பும், கோப்பைகளும் உள்ளன. இவை, சிசுத் தலைத் தோலில் பொருத்தப்படுகின் றன.

தலையில் பொருத்தப்பட்ட எஃகுக் கோப்பைக்கும் சிசுத்தலைக்குமிடையே எதிர்மறை (நெகடிவ்) அழுத்தத்தை உண்டாக்குவதே, இந்த முறையின் தத் துவமாகும். கோப்பையை இழுப்பதன் மூலம், பிரசவம் சம்பவிக்கிறது.

சிசேரியன் அறுவை செய்யப்படக் கூடாது என்றிருந்தால், இடுக்கிப் பிர சவம் முடியாது என்றிருந்தால், பிரச வம் துரிதப்பட வேண்டும் என இருந் தால் வெற்றிட பிரித்தெடுப்பியைப் பயன்படுத்தலாம்.

வெற்றிட பிரித்தெருப்பியைப் பயன் படுத்த வேண்டிய முக்கிய கட்டங்கள் வருமாறு: நிரந்தரமான கருப்பை மந்த துவங்குகின்றன. கருப்பையுள் மூச்சுத் திணறல் தவங்குதல் மீண்டும் மீண்டும் பிதுங்குகின்ற தொப்பூழ்கொடி.

தேவையான சூழ்நிலைகள்: முழுமையாக விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்து; உடைபட்ட பனிக்குடம். கபால—கூபக முரண்பாடு இல்லாமை, பின்தலைத் தோற்றம். திரும்பிய உச் சித்தலைத் தோற்றம்; குறைமாதப்பி ரசவம்; கபால—கூபக முரண்பாடு, வியிற்றுச்சுருங்களைத் தவிர்த்தல் (இரு தய நோய்கள், கர்ப்பத்தின் நச்சுநிலை) ஆகிய நிலைகளில் வெற்றிட பிரித்தெ டுப்பையைக் கையாளக் கூடாது. வெற் றிட பிரித்தெடுப்பியின் கோப்பையை, பின்புற மென்தோல் பகுதியில் பொருத்தி 0.4—0.5 கி.கி சதுர செ.மீ. நெகடிவ்



படம் 338.வேகுவம் எக்ஸ்ட்ராக்டரைப் பயன்படுத்தல் (வெற்றிட பிரித்தெடுப்பியைப் பயன்படுத்தல்).

அழுத்தத்தை உண்டாக்க வேண்டும். இழுக்கும் போது, வவற்றிடம் 0.7—0.8 கிலோகிராம்/சதுர செ.மீ. ஆக அதிகரிக்கப்பட வேண்டும். வயிற்றுச் சுருக்கங்களின் போது இழுப்பு பயன்படுத்தப்படுகிறது. (படம் 338)

சிசுவைச் சிதைக்கும் அறுவை முறைகள்

மரித்துப் போன சிசுவைச் சிதைக்க ஆபரேஷன்கள் செய்யப்படுகின்றன. இத்தகைய அருவருக்கத்தக்க ஆபரேஷன்கள் சில போது, வயிருள்ள சிசுவின் மீதே செய்ய வேண்டி வரும். இங்கு தாயின் உயிருக்கு ஆபத்து நேர இருக்கும். மேலும் பிரசவத்தை முடிக்க வேறு எந்த வழியும் இல்லாமல் இருக்கும். இந்த ஆபரேஷன்கள் வருமாறு: —கபாலத்துளைப்பு, (நீர்கபாலச் சிசுவின் தலையின் பரிமாணத்தைக் குறைக்க) தலைத்துண்டிப்பு (சிரச்சேதம் தலையை உடலிலிருந்து அகற்றுதல்); உள்ளுறுப்பகற்றல் (வயிற்றினுள் உள்ள உறுப்புக்களை அகற்றுதல்); காறை எலும்பகற்றல் காறை எலும்புகளைப் பிளத்தல்); முதுகெலும்பு துளைப்பு (முதுகெலும்புத்தண்டை சிதைத்தல்).

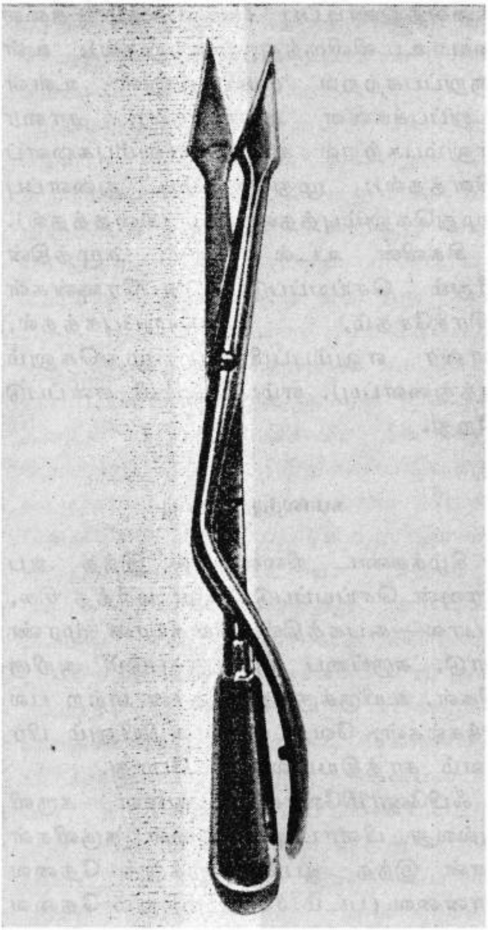
சிசுவின் உடல் மீதும், கழுத்தின் மீதும் செய்யப்படும் ஆபரேஷன்கள் (சிரச்சேதம், உள்ளுறுப்புகத்தல், காறை எலும்புப்பிளவு, முதுகெலும்புத்துளைப்பு), எம்ப்ராயடமி எனப்படுகிறது.

கபாலத்துளைப்பு

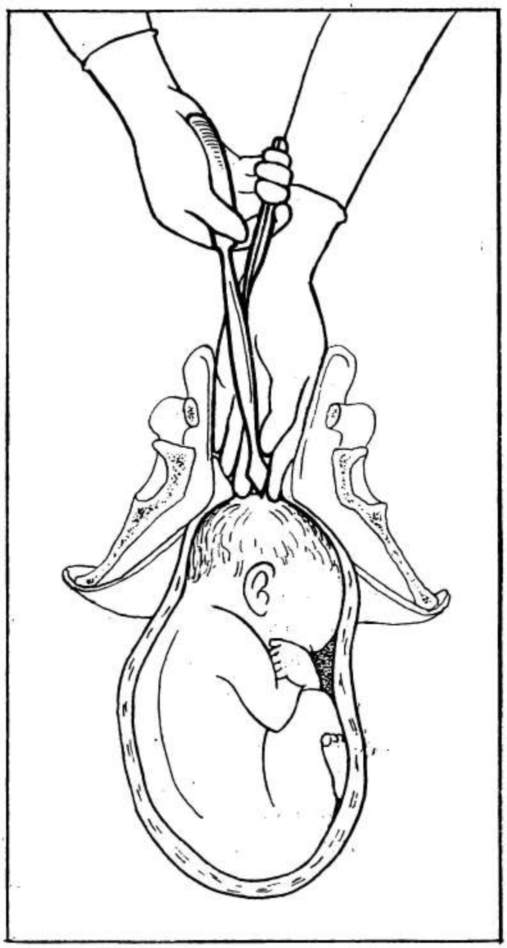
கீழ்க்கண்ட நிலைகளில் இந்த ஆபரேஷன் செய்யப்படுகிறது: மரித்த சிசு, கபால—கூபகத்தின் மிகையான முரண்பாடு, கருப்பை கிழித்து படும் அறிகுறிகள், உயிருக்கு ஆபத்தான மற்ற பல சிக்கல்கள், வேறு எந்த வழியிலும் பிரசவம் சாத்தியமில்லாத போது.

ஃபினோமினோவின் துளை கருவி அல்லது பிளாட்டின் துளை கருவிகள் தான் இந்த ஆபரேஷனுக்குத் தேவையானவை (படம் 339.) மற்றும் தேவையான கருவிகள்: அகலமான யோனி உட்காட்டி. 2; முசக்சின் இடுக்கிகள் 2; புல்லட் இடுக்கிகள் 2; மூளையைச் சிதைக்கரண்டி 1; கபால நொருக்கி 1; காறை எலும்புகளை வெட்ட கத்திரிப்பான் 1; ஆபரேஷனுக்கு முன்னரே, தேவையிருந்தால் கிழிந்துபடும் கருப்பைக்கழுத்து, மற்றும் விடபத்தைச் செப்பனிட தேவையான கருவிகளும் தயார் இருக்க வேண்டும்.

கபாலத்துளைப்பில் கீழ்க்கண்ட கட்டங்கள் உள்ளன: 1) துளையைத் துளைத்தல் 2) மூளையைச் சிதைத்தல் (மூளையைச் சிதைத்து அகற்றுதல்) 3)



படம் 339. பிளாட்டின் துளைக் கருவி.

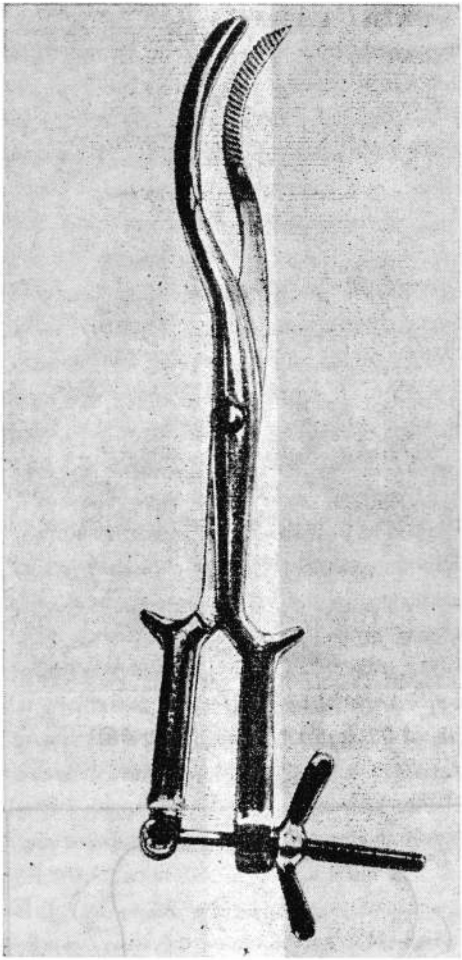


படம் 340. சிசுத் தலையைத் துளைத்தல்

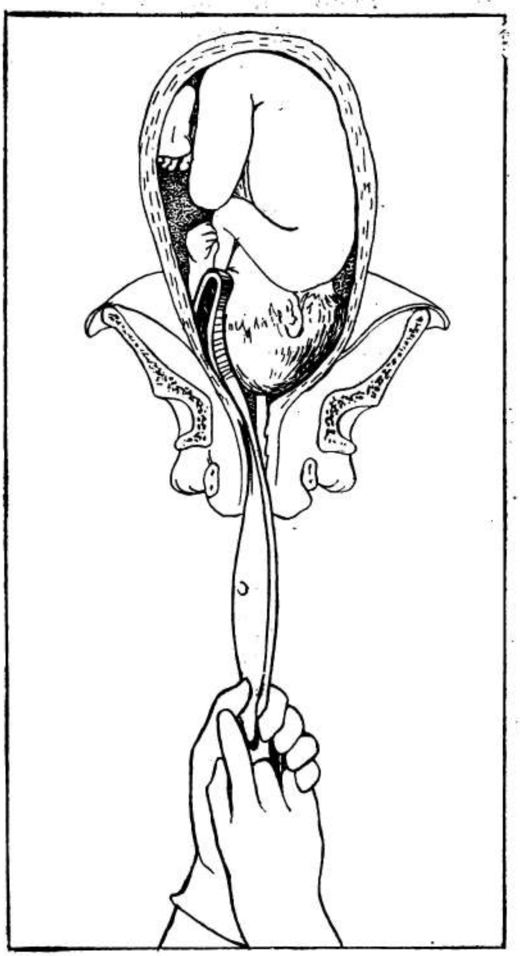
தலையை நொருக்கும் (சிசுவின் தலையை அகற்றுதல்.)

செய்முறை வருமாறு: உட்காட்டி மூலம், யோனியைத் திறத்தல், முசெக்சின் இடுக்கியை சிசுவின் தலையில் பொருத்துதல், தலையைக் கீழே இழுத்து, துளையிடல். ஃபினோமினோவின் துளைகருவியை பயன்படுத்துதல் நல்லது. இது, உறை கொண்ட ஒரு துளை கருவி. பிறப்புப்பாதையின் மெல்லிய திசுக்களை, இது, பாதுகாக்கிறது. கபாலத்தின் தோன்றும் பகுதியில் இது ஒரு துளையைப் போடுகிறது. ஈட்டிவடிய பிளாட் துளை கருவியையும் பயன்படுத்தலாம். தையவின் பகுதியிலோ அல்லது உச்சிமென் தோல் பகுதியிலோ காலத்தில் ஒரு சிலுவை போன்ற துலை போடப்படுகிறது. (படம் 340).

பிளாட் துளைப்பானின் வெட்டும்



படம் 341. கபால நொருக்கி

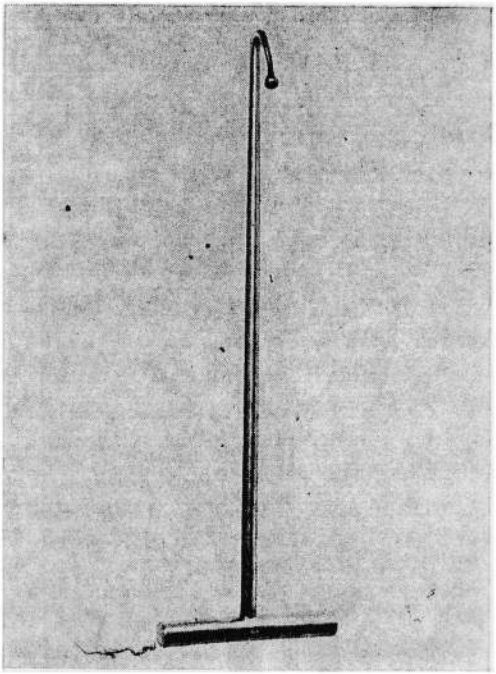


படம் 342. கபால நொருக்கி கொண்டு தலையை வெளியேற்றல்

பரப்புகள், திறந்தே இருப்பதால், பிறப்புப் பாதையின் மெல்லிய திசுக்கள் சேதமடையாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். இதற்கு, துளைப்பானின் கைப்பிடி கீழிறக்கப்பட வேண்டும் இடது கையாலோ அல்லது உட்காட்டியாலோ, யோனியின் முன்புறச் சுவரையும், சுறுநீர்ப்பையையும் பாதுகாக்க வேண்டும். மூளையைச் சிதைக்க சுத்தமான ஒரு கரண்டியையோ அல்லது கரண்டியையோ பயன்படுத்தலாம். துளையிப்பட்ட கபாலத்திலிருந்து மூளை வெளி வந்து விடுகிறது. சில மகப்பேறு இயலாளர்கள் காலியான கபாலத்தை, தொற்று நீக்கப்பட்ட உடலியங்கியல் கரையத்தால், கழுவுகின்றனர்.

மூளை அகற்றப்பட பின், கபாலம்,

அளலில் குறைகிறது. அடுத்த கட்டத்தில், கபாலத்தை நொறுக்க வேண்டும். அதாவது, கபால நொருக்கி கொண்டு, தலையை வெளியேற்ற வேண்டும். (படம் 341) கபால நொருக்கியில் இரண்டு பகுதிகள் உள்ளன: ஒவ்வொரு பகுதியிலும் ஒரு கரண்டி, பூட்டும் பகுதி ஒரு கைப்பிடி, ஒரு திருகாணி காணப் படுகின்றன. கரண்டி, கபாலத்தினுள் நுழைக்கப்படுகிறது. துவார முடைய கரண்டி, முக எலும்புகளின் மேல் பொருத்தப்படுகிறது. (ஒவ்வொரு கரண்டியும், இடுக்கி நுழைக்கப்படுவது போல், நுழைக்கப்படுகிறது.) பாகங்கள் மூடப்பட்டு, திருகாணியால் பொருத்தப்படுகின்றன. முழுமையாக விரிவடைந்த கருப்பைக் கழுத்து வழியாக தலை வெளியேற்றப்படுகிறது. (படம் 342) கருப்பைக் கழுத்தின் விரிவடைவு முழுமையாக இல்லாவிடில், பிரசவத்தைத் துரிதமாக முடிக்க வேண்டுமெனில், கருப்பைக் கழுத்தைக் கீறி, சிசுவை வெளிப்படுத்தலாம்.

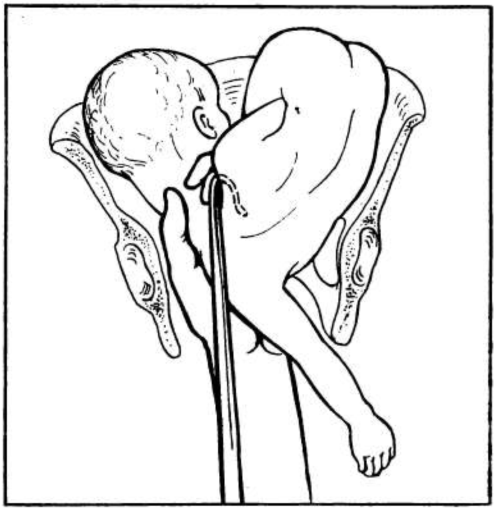


படம் 343. பிராணின் கொக்கி

சிரச்சேதம் (தலை துண்டிப்பு)

கவனிக்கப்படாத குறுக்குத் தோற்றத்தில் சிரச்சேதம் செய்யப்படுகிறது. தேவையான கருவிகள்: சிரச்சேத கொக்கி (படம் 343) முழுங்கலான நீண்ட கைப்பிடி கொண்ட கத்திரிப்பான்கள், உள் காட்டி, கழுத்தைப் பார்வையிட புல்லட் இடுக்கி, கழுத்து மற்றும் விடபத்தின் கிழிசல்களை செப்பனிடத் தேவையான கருவிகள்.

செய்முறை: கைதுருத்திக் கொண்டிருந்தால், ஒரு வளையத்தை அதில் மாட்டி, உதவியாளர் அதை கீழ்நோக்கி, சிசுவின் கூபகப் பகுதி பக்கமாக இழுக்க வேண்டும். பிறப்புக் கால்வாயினுள், செயல் முறையாளர் கையைச் செலுத்



படம் 344. சிரச் சேதம் (தலைத் துண் டிப்பு).

துகிறார். சிசுவின் கழுத்தை அடையாளம் கண்டு, வட்டமாகப் பற்றுகிறார். கட்டை விரல் முன்புறமாக இருக்கிறது; ஆட்காட்டி விரலும் நடுவிரலும் பின்புறமாக இருக்கின்றன. உள்ளிருக்கும் கை மூலமாக, முழுங்கலான சிரச்சேதக் கொக்கி கருப்பையினுள் செலுத்தப்பட்டு, சிசுவின் கழுத்தைச் சுற்றி அமைகிறது. (படம் 344) கொக்கியின் கைப்பிடி பலமாக கீழ்நோக்கி இழுக்கப்பட்டு தலை நோக்கித் திருப்பப்படுகிறது; கழுத்து முள்ளெலும்புகள் உடைகின்றன. (சப்தம் கேட்கிறது); கொக்கி அகற்றப்படுகிறது; கழுத்தின் மெல்லிய திசுக்கள், நீள கைப்பிடி கொண்ட கத்திரியால் வெட்டப்படுகின்றன; (உள்ளிருக்கும் கை உதவுகிறது.) சிசுவின் உடல், இப்போது கையால், அகற்றப்படலாம்.

தோள் வளையம் வெளிவருவதில் ஏதாவது சிரமங்கள் இருந்தால், காறை எலும்புகள் கீறப்படுகின்றன. தலை, கையால் அகற்றப்படுகிறது. இதற்கு, சிசுவின் வாயினுள் ஒருவிரல் நுழைக்கப்படுகிறது. இதுவும் பலனளிக்காவிடில், தலையைத் துளைத்து, காலி செய்யப்பட்டு, கபால நொருக்கியால் வெளியேற்றப்படுகிறது. ஆபரேஷனுக்குப் பிறகு, கருப்பைக்கழுத்து, யோனி விடபம் பரிசோதிக்கப்படுகிறது.

காறை எலும்பு பிளப்பு

பிறப்புப்பாதை வழியாக, தோள்கள் எளிதில் வெளிப்பட, காறை எலும்பு, அறுவை முறையில் பிளக்கப்படுகிறது. தேவை இருந்தால், இரண்டு காறை எலும்புகளும் பிளக்கப்படுகின்றன. சிரச்சேதத்திற்குப் பின்னர் அல்லது அரக்க சிசு இருக்கும் சிரமமான பிரசவத்தின் போது, காறை எலும்பு பிளப்பு தேவைப்படுகிறது.

பிறப்புப்பாதையினுள் செலுத்தப்பட்ட கையின் உதவியுடன் இந்த ஆபரேஷன் செய்யப்படுகிறது. ஆள்காட்டி விரலும் நடுவிரலும் கொண்டு, காறை எலும்பின் மைப்புள்ளி நிர்ணயிக்கப்படுகிறது. இத்துடன் நீண்ட கைப்பிடி உள்ள மழுங்கலான கத்திரி செலுத்தப்பட்டு, காறை எலும்பு பிளக்கப்படுகிறது. முன்புற காறை எலும்பு பிளக்கப்பட்ட பின்னர், தோள் வளையம் 2.5—3 செ.மீ.குறைகிறது. இரண்டு காறை எலும்புகளும் வெட்டப்பட்டால், தோள் வளையம் 5—6 செ.மீ. குறைகிறது.

உள்ளுறுப்பகற்றல்

வயிற்றுச் சுவரையோ அல்லது சிசுவின் மார்பையோ பிளந்து அதனுள்ளே உள்ள உள் உறுப்புக்களை அகற்றுவதே இவிசரேஷன் (இவெண்ட்ரேஷன்) ஆகும். கவனிக்கப்படாத குறுக்குத் தோற்றத்தில், சிசுவின் கழுத்து, சிரச்சேதத்திற்கு எட்டாவிடில், மேற்கூறிய ஆபரேஷன் செய்யப்படுகிறது. (அரக்கர்கள் மீதும், இத்தகைய ஆபரேஷன் செய்யப்படுகிறது.) இதற்கு, கருப்பைக் கழுத்தின் முழுமையான விரிவு தேவைப்படுகிறது. சிசுவின் வயிற்றுச்சுவர், கத்திரியால் வெட்டப்பட்டு, உள்ளுறுப்புக்கள் அகற்றப்படுகின்றன. மார்பை, எளிதில் எட்ட முடியும். விலா எலும்புகள் துண்டிக்கப்படுகின்றன. உள்ளுறுப்புக்கள் அகற்றப்படுகின்றன. மடங்கிய நிலையிலேயே, சிசு வெளியேற்றப்படுகிறது. சிரமங்கள் இருந்தால், முதுகெலும்புத்தண்டு சிதைக்கப்படுகிறது. (ஸ்பாண்டிலாடமி)

முதுகெலும்பு துளைப்பு

முதுகெலும்புத் தண்டு, இந்த ஆபரேஷனில் சிதைக்கப்படுகிறது. உள்ளுறுப்புக்களை அகற்றிய பின்னர், முதுகெலும்புக் கத்திரியால் பிளக்கப்படுகிறது அல்லது சிரச் சேதக் கொக்கியில் ஒடிக்கப்படுகிறது. இளந்திசுக்கள் அகற்றப்படுகின்றன. சிசுவின் மேற்பாகம் (தலையுடன்) வெளியேற்றப்பட்டு, காலும் அகற்றப்படுகிறது. ஆபரேஷனுக்குப் பிறகு, யோனி மற்றும் கருப்பைக்கழுத்து, விடபம் ஆகியவை நன்கு பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

அறுவைக்குப் பின்னான பராமரிப்பு

செயல் முறையாளரின் கைகளோ அல்லது கருவிகளோ, மகப்பேறு ஆபரேஷன்களில், கருப்பையின் உட்செல்லுவதால், யோனியிலிருந்து, கிருமித் தொற்று உட்செல்லலாம். சகஜமான பிரசவத்தை விட, இத்தகைய அறுவை முறைகளில் நோய்த் தொற்றுக்கான வாய்ப்புகள் உள்ளன. இனப்பெருக்கப் பாதையின், காயமடைந்த மெல்லிய திசுக்கள், நோய்த் தொற்று ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பெண்ணைப் பாதிக்க, ஒரு வழியாக அமைகின்றன. இத்தகைய அசாதாரண பிரசவத்தை ஒட்டிய குருதிப்பெருக்கு, நோய் தொற்றை ஊக்குவிக்கிறது. பிரசவித்த பெண்ணுக்கு, ஆபரேஷனுக்குப் பின்னான பராமரிப்பு அளிக்கும் போது, இத்தகைய துர்சம்பவத்திற்குப் பின் (தான் விரும்பிய சிசுவை சிதைக்கச் செய்யப்பட்ட ஆபரேஷன்) விந்தப் பெண் மனச் சோர்வடைந்து இருப்பாள் என்பதை, உதவியாளர்கள் கவனத்தில் கொள்ள வேண்டும்.

ஆபரேஷன் செய்யப்பட்ட பிரசவித்த பெண்ணுக்கு பரிபூரண ஓய்வு தேவை. தினமும் 8—10 மணி நேர ஓய்வு தேவை. பாலூட்டாத பெண்களுக்கு டிரை ஆக்சசின் அல்லது புரேமைடுகள் கொடுக்கப்படுகின்றன. மரித்சிசுக்களை பிரசவித்த பெண்களை, தனி அறைகளில் (பாலூட்டும் தாய்மார்களிலிருந்து பிரித்து) வைத்திருக்க வேண்டும்.

அறுவைக்குள்ளாக்கப்பட்ட பெண்ணுக்கு குளியல் அளிக்கும் போது, உட்குழல் செலுத்தும் போது, ஊசிகள் போடும் போது, துணிக்கட்டுக்கள் போடும் போது, தொற்றெதிர் நியதிகளை முழுமையாகக் கடைப்பிடிக்க வேண்டும். நோயாளியின் தனிப்பண்புகளைப் பொறுத்தும், செய்யப்பட்ட ஆபரேஷனைப் பொறுத்தும் உணவும், அறுவைக்குப் பின்னான பராமரிப்பும் அமைய வேண்டும்.

அறுவைக்குள்ளான நோயாளிகளின், உடல் வெப்பம், நாடித்துடிப்பு, சிறுகுடல், சிறுநீரகப்பணிகள் ஆகியவை கவனிக்கப்பட வேண்டும். காலூட்டும் பணியும் முறையாக இருக்க வேண்டும். (முறையான செவிலியர் பராமரிப்பு, பால் தேக்கத்தை பம்பு கொண்டு அகற்றுதல், முலைகளுக்கான சரியான பராமரிப்பு.) பொதுப்படையான டானிக்குகளும் எதிர் உயிர் மருந்துகளும் தேவைப்படுகின்றன.

மருத்துவமனையிலிருந்து விடுவிக்கப்பட்டவுடன், அவளுடைய நோய் வரலாறு, பிரசவ விபரங்கள் ஆகியவை அவளுக்குக் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (நோயின் போது ஏற்பட்ட சிக்கல்கள், ஆபரேஷன்கள் பற்றிய விபரங்களும் இருக்க வேண்டும்.) இந்த சான்றிதழ் கொண்டு, அவளுக்கு பிரசவபின் கால 70 நாட்கள் விடுமுறை கிடைக்கும்.

மகப்பேறு நிபுணர் ஒருவர், அடிக்கடி அவளது வீட்டுக்கு வருகை தந்து அவளையும், அவளது சிசுவையும் மேற்பார்வையிட வேண்டும்.

அன்புள்ள வாசகரே!

மீர் பதிப்பகம் பலவிதமான விஞ்ஞான, தொழில்நுட்ப நூல்களைத் தமிழ் மொழியில் வெளியிடும். உங்களுக்கு வேண்டிய புத்தகங்கள் எத்தகையவை என்பதையும் அவற்றைப் பற்றிய உங்களது ஆலோசனைகளையும் அபிப்பிராயங்களையும் நமக்குத் தெரிவிக்கும்படி வேண்டுகிறோம்.

நமது முகவரி:
Mir Publishers, 2, Pervy Rizhski Pereulok, Moscow, USSR